

Denise Leandra Gaspar Soares

**Motivação e Esquizofrenia: Avaliação de Défices Motivacionais numa
Amostra Portuguesa de Pessoas com Esquizofrenia em Contexto de
Reabilitação Psicossocial: Contributo para a Validação da *General
Causality Orientations Scale* (GCOS)**

Tese de Mestrado

2009

Resumo

O presente estudo investigou a validade da versão portuguesa da *General Causality Orientations Scale* (GCOS) para medir orientações motivacionais numa amostra portuguesa de pessoas com esquizofrenia em contexto de reabilitação psicossocial dada a importância da motivação na esquizofrenia e a escassez de instrumentos válidos para medir tal construto. Sendo a GCOS um instrumento bem fundamentado teoricamente, que oferece um método de categorização, poderá vir a ter uso clínico, auxiliando no desenvolvimento da motivação intrínseca dos indivíduos. Para além de critérios internos de validação, foram também usados critérios externos, pelo que se afiançaram alguns pressupostos cuja confirmação empírica pesaria a favor da validade de construto do instrumento. Da análise estatística efectuada, conclui-se que a escala apresenta, num cômputo geral, validade interna e externa para a amostra em questão: as subescalas são internamente consistentes, correlacionam-se entre si e existem diferenças significativas entre os grupos, conforme previsto. No entanto, também se contaram algumas limitações, como o facto da aplicação implicar um formato de hetero-preenchimento. No futuro, seria importante investigar também a estabilidade temporal, a correlação da escala com outras medidas, a estrutura factorial, entre outros traços de validade.

PALAVRAS-CHAVE: esquizofrenia, motivação intrínseca, défices motivacionais, orientações gerais de causalidade, teoria da auto-determinação.

Abstract

The current study was conducted to examine the adequacy of the Portuguese version of the General Causality Orientations Scale (GCOS) in measuring motivational orientations among people with schizophrenia in context of psychosocial rehabilitation. Indeed, this study takes in account the impact of motivation on schizophrenia and the need of valid measures of this construct. The GCOS is a measure that can provide therapy clinicians with a theory-based instrument that helps to facilitate the development of intrinsic motivation. To demonstrate the validity of this scale internal and also external criteria was used. In this sense, some predictions was elaborated in order to attest the validity of scale. It was expected correlations among subscales, differences between specific groups and a categorization of the subjects consonant with literature. It is concluded that the scale is internally consistent and valid to the mentioned sample. Further research is needed to investigate temporal stability, factorial structural, correlations between the GCOS and other measures and other validity traits of scale.

KEY-WORDS: schizophrenia, intrinsic motivation, motivational deficits, general causality orientations, Self-determination theory.

Résumé

Cette dissertation a été menée pour examiner la pertinence de la version portugaise de L'Échelle des Orientations Générales à la Causalité (EOGC) en mesurant les orientations de motivation chez les personnes atteintes de schizophrénie dans le contexte de la réhabilitation psychosociale. En effet, cette étude prend en compte l'impact de la motivation sur la schizophrénie et la nécessité d'instruments valables pour le mesurer. L'EOGC est une mesure qui peut fournir aux cliniques un instrument en théorie bien appuyé qui contribue à faciliter le développement de la motivation intrinsèque. Pour démontrer la validité de cette échelle a été utilisée critères internes et externes. En ce sens, certaines prédictions a été élaboré en vue d'attester la validité d'échelle. On s'attendait à des corrélations entre les sous-échelles, les différences entre les groupes spécifiques et une catégorisation des sujets en accord avec la littérature. Il est conclu que l'échelle a une cohérence interne et valable à l'échantillon mentionné. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour étudier la stabilité temporelle, de structure factorielle, les corrélations entre le EOGC et d'autres mesures, et d'autres traits de la validité d'échelle.

MOTS-CLEFS: la schizophrénie, la motivation intrinsèque, déficit de motivation, Orientations Générales à la Causalité, la théorie d'auto-détermination.

Dedicatória

A escolha de me debruçar sobre a esquizofrenia nesta dissertação de mestrado, prendeu-se, não só com o fascínio que tal patologia me suscita pela “obscuridade” que encerra e pelos mistérios que ainda estão por descortinar, como também, e sobretudo, por um grande amigo meu padecer de tal infortúnio.

De facto, é petrificante assistir impotente a algumas devastações por ela encetadas, que se traduzem num sofrimento, especialmente, para quem com ela tem de coexistir. Foi imbuída neste ímpeto de não querer cruzar os braços, que abracei este projecto que se foca num fenómeno que foi por demais evidente no meu amigo – a sua falta de motivação.

Não querendo extrapolar este caso isolado para todas as pessoas que sofrem de esquizofrenia, indaguei-me se seria porventura um fenómeno em larga escala, pelo que me movi nos caminhos da psicologia e da ciência em ordem a saber mais sobre o assunto. Com efeito e considerando os estudos com que me defrontei, parecem existir realmente défices motivacionais no mundo da esquizofrenia.

Não sei se esta contribuição a que me propus: compreender e avaliar a motivação para a poder, então, trabalhar, mais não é do que “uma migalha no universo”, mais não é do que um estudo infrutífero no meio de tantos outros. Tão pouco sei se o campo da motivação é deveras um dos domínios mais prementes para se alcançarem novas compreensões sobre o fenómeno esquizofrenia. Mas, acredito que a motivação – numa pessoa com ou sem esquizofrenia, é basilar a uma vida activa, saudável e feliz, já que a motivação é o combustível que nos move. Acredito, também, que a motivação (não obstante a complexidade multicausal que lhe subjaz) não se reduz (unicamente) a neurotransmissores e a processos químicos. Na verdade, creio que a chave que abre a porta a este conhecimento do fenómeno motivacional pode ser encontrada na experiência fenomenológica do indivíduo: na forma como ele interpreta e significa o mundo idiossincraticamente. Foi por este mesmo motivo, que a Teoria da Auto-Determinação e um dos instrumentos que ela oferece, me pareceram dois bons alicerces para este propósito de compreender, avaliar e tentar contornar os défices motivacionais na esquizofrenia.

Espero que este trabalho (fruto da inspiração que este meu grande amigo me fez aflorar ao “espírito”) seja capaz de fazer luz sobre a “caixa negra” da esquizofrenia.

Agradecimentos

Antes de tecer os agradecimentos a quem de direito, gostaria de ressaltar que não pretendo fazê-lo numa lógica de hierarquização, na medida em que, considero que todos são sinceros e merecidos – todos eles, à sua maneira, contribuíram para este estudo.

Gostaria, então, de agradecer às instituições que me concederam autorização para a recolha de dados e que tão lisonjeiramente me acolheram: Casa de Saúde São João de Deus (em Barcelos), Casa de Saúde Bom Jesus (em Braga) e Casa de Saúde São José (em Areias de Vilar). Quero também agradecer aos técnicos com os quais estabeleci contacto e que se revelaram verdadeiramente hospitaleiros e disponíveis – Ir. José Paulo (da C.S.S.J.D), Dra. Catarina Iglesias (C.S.B.J.) e Dr. Ricardo Campos (C.S.S.J).

Não podendo esquecer as pessoas que responderam ao questionário e que constituem a amostra deste estudo, os meus sinceros agradecimentos às pessoas com esquizofrenia - pela sua perseverança no questionário, pela sua amabilidade e colaboração. Agradeço, igualmente, aos comparadores pela disponibilidade.

Igualmente importante foi o contributo do Dr. Wu que, incansavelmente, trocou impressões comigo acerca dos seus estudos, da sua experiência e do seu conhecimento.

Um obrigado também ao Dr. Deci por me conceder autorização para proceder à utilização e adaptação da escala.

Claro que não podia deixar de agradecer, também, a todas as pessoas que acompanham a minha existência. Neste sentido, gostaria de agradecer aos meus familiares, sobretudo aos meus pais e irmã - por iluminarem a minha existência; e ao meu tio Luís Gonzaga – pelos debates intelectuais, que tiveram lugar nos cruzamentos da(s) nossa(s) existência(s). Um obrigado, também, aos amigos e companheiro.

E, por fim, um especial agradecimento ao meu orientador – o Professor Doutor João Eduardo Marques-Teixeira, que me norteou pelos caminhos da ciência, conduzindo-me a este produto final. Com efeito, a sua genialidade, os seus conhecimentos, a sua experiência e, ainda, as suas palavras de encorajamento, foram um contributo basilar para todo o trabalho encetado.

Índice

Introdução	-3-
 Capítulo I: Enquadramento Teórico	-4-
1. Importância da avaliação da motivação na esquizofrenia	-5-
2. GCOS: Teoria da Auto-Determinação	-9-
3. GCOS: Quadro Motivacional de Referência	-13-
 Capítulo III: Estudo Empírico	-15-
1. Objectivos de Investigação	-16-
1.1 <i>Investigar a Validade da versão portuguesa da GCOS para uma amostra portuguesa de pessoas com esquizofrenia em contexto de reabilitação psicossocial, através da Precisão (critério interno de validação).</i>	-16-
1.2 <i>Investigar a Validade através das Correlações entre as Subescalas.</i>	-17-
1.3 <i>Investigar a Validade através da Análise das Diferenças entre grupos, em função:</i>	
- da Condição Clínica	-19-
- do Género Sexual, em ambas as amostras	-21-
- da Condição Cognitiva	-21-
1.4 <i>Investigar a Validade através da Categorização dos sujeitos quanto à orientação prevalente, em ambas as amostras.</i>	-22-
2. Método	-22-
2.1 Participantes	-22-
2.2 Instrumentos	-23-
2.2.1 Versão Portuguesa da GCOS	-23-
2.2.3 MMSE	-24-
2.3 Procedimento de recolha de dados	-25-
2.3.1 Dificuldades Sentidas	-26-
2.3.2 Adaptações Necessárias	-28-
2.4 Procedimento de Análise de dados	-28-
3. Apresentação dos Resultados	-29-
3.1 <i>Análise da Precisão da versão portuguesa da GCOS</i>	-29-
3.2 <i>Análise das Correlações entre as Subescalas</i>	-29-
3.3 <i>Análise das Diferenças entre Grupos, em função:</i>	
- da Condição Clínica	-30-
- do Género Sexual, em ambos os Grupos	-31-

- da Condição Cognitiva	-32-
3.4 Categorização dos Sujeitos com base nas Orientações Motivacionais	-33-
4. Discussão dos Objectivos de Investigação	-34-
4.1 Discussão da Precisão	-34-
4.2 Discussão das Correlações entre as Subescalas	-35-
4.3 Discussão das Diferenças entre Grupos, em função:	
- da Condição Clínica	-37-
- do Género Sexual, em ambos os Grupos	-39-
- da Condição Cognitiva	-39-
4.4 Discussão da Categorização dos Sujeitos	-40-
Capítulo III: Conclusões	-45-
Referências Bibliográficas	-47-
Anexos	-51-

Índice de quadros

<i>Quadro 1:</i> Coeficientes de Consistência Interna (Alpha de Cronbach) para as Subescalas da Versão Portuguesa da GCOS, quando destinada a Pessoas com Esquizofrenia	-29-
<i>Quadro 2:</i> Matriz de Correlações entre as Subescalas da Versão Portuguesa da GCOS na Amostra de Pessoas com Esquizofrenia	-30-
<i>Quadro 3:</i> Matriz de Correlações entre as Subescalas da Versão Portuguesa da GCOS na Amostra dos Comparadores	-30-
<i>Quadro 4:</i> Caracterização e Comparação das Orientações de Causalidade no Grupo de Pessoas Com e Sem Esquizofrenia	-31-
<i>Quadro 5:</i> Caracterização e Comparação das Orientações de Causalidade nas Pessoas com Esquizofrenia do Sexo Masculino e do Sexo Feminino	-31-
<i>Quadro 6:</i> Caracterização e Comparação das Orientações de Causalidade nos Comparadores do Sexo Masculino e do Sexo Feminino	-32-
<i>Quadro 7:</i> Caracterização e comparação das Orientações de Causalidade nas Pessoas com Esquizofrenia Com e Sem Défice Cognitivo	-33-
<i>Quadro 8:</i> Categorização das Pessoas com Esquizofrenia quanto à Orientação Prevalente	-33-
<i>Quadro 9:</i> Categorização dos Comparadores quanto à Orientação Motivacional Prevalente	-34-

Introdução

A esquizofrenia é uma patologia cuja evidência aponta, entre outros domínios, para um comprometimento da cognição e da motivação (Barch, 2005; Nakagami, Xie, Hoe & Brekke, 2008; Velligan, Kern & Gold, 2006).

Uma vez que a literatura aponta a motivação como uma variável que pode ter grande impacto na reabilitação psicossocial, na cognição, no funcionamento social e no bem-estar em geral (Barch, 2005; Juckel *et al.*, 2006, *cit in* Barch, Yodkovik, Sypher-Locke & Hanewinkel, 2008; Keefe & Hawkins, 2005; Medalia *et al.*, 2001, 2002; Nakagami *et al.*, 2008; Silverstein & Wilkniss, 2004; Wykes & Reeder, 2005) e aponta, ainda, para uma lacuna ao nível de instrumentos válidos para medir tal construto (Barch, 2005; Nakagami *et al.*, 2008), o presente estudo tem como propósito investigar a validade de um instrumento destinado a avaliar orientações motivacionais – a *General Causality Orientations Scale*, para uma amostra de pessoas com esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial.

No primeiro capítulo deste trabalho, explana-se com maior detalhe a importância de avaliar tal construto numa doença como a esquizofrenia e procede-se, ainda, ao enquadramento teórico da GCOS, aludindo-se à Teoria da Auto-Determinação (da qual derivou) e ao quadro motivacional de referência de Wu e colaboradores.

Já no segundo capítulo, dá-se conta do estudo empírico. Neste âmbito, são apresentados os objectivos mais específicos do estudo e a sua fundamentação teórica, os participantes, os instrumentos de avaliação das variáveis em análise, os procedimentos de recolha e de análise de dados, os resultados oriundos de tais análises e encerra-se o capítulo reservando-se um espaço para a discussão dos objectivos de investigação.

O último capítulo faz uma súmula dos principais resultados referentes à validade do instrumento, apresentando, igualmente, uma sinopse das limitações do estudo e propondo sugestões para futuros trabalhos.

1 Enquadramento Teórico

1. Importância de avaliar a Motivação na Esquizofrenia

A reabilitação psicossocial visa a promoção da auto-determinação em pessoas com esquizofrenia (SAMHSA, 2006; NRTC, 2003, *cit in* Marques, Queirós & Rocha, 2006), assumindo-se como um processo que oferece, ao indivíduo, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade e o máximo de qualidade de vida possível (Hirdes & Kantorski, 2004). Apesar de estarmos perante um conceito difícil de definir e compreender, já que a reabilitação psicossocial abarca uma panóplia de práticas diversas (Pratt *et al.*, 2002, *cit in* Marques *et al.*, 2006), a sua efectividade tem sido demonstrada empiricamente em alguns estudos (e.g. Afonso, Avelino, Homem & Gomes, 2007; Baker, Stokes-Thompson & Hishinuma, 1999; Barton, 1999; Brekke & Long, 2000; Curlee, Connery & Soltys, 2001; van Busschbach & Wiersma, 2002), o que confirma a sua importância na “recuperação” da doença.

Não obstante tal efectividade, os doentes esquizofrénicos apresentam uma inegável insuficiência social (Marques-Teixeira, 2007; APA, 2002), não conseguindo, como comprova um estudo de Marques e colaboradores (2006) feito no âmbito da reabilitação psicossocial, um pleno controlo de todos os aspectos das suas vidas. A este propósito, refira-se que estes doentes tendem a casar-se menos e a serem menos empregados comparativamente à população normal, a ter um desempenho inferior nos papéis sociais e um comportamento social pobre (Wykes & Reeder, 2005).

Esta incapacidade funcional parece advir dos défices cognitivos, que são proeminentes na doença (APA, 2002, Machado, Pastor-Fernandes & Marques-Teixeira, 2005; Marques-Teixeira, 2003, 2005, 2007; Palha, Rebelo, Castro-Henriques & Marques-Teixeira, 2006; Wykes & Reeder, 2005), designadamente dos défices ao nível da velocidade de processamento, da atenção, da memória e da função executiva (Marques-Teixeira, 2007). Face a tal, constatou-se a necessidade de melhorar o funcionamento cognitivo e, é neste cenário, que assistimos a um progressivo desenvolvimento de programas de remediação cognitiva (Palha *et al.*, 2006). Apesar desta plausibilidade de que uma melhoria no funcionamento cognitivo tem, como consequência automática, uma melhoria no funcionamento social (Marques-Teixeira, 2003), o que se verifica é uma pequena melhoria correlativa no funcionamento social (Marques-Teixeira, 2007). Segundo Green e

colaboradores (2000, *cit in* Nakagami *et al.*, 2008), tal pode ser explicado devido à existência de “mediadores-chave” entre a neurocognição e o funcionamento social, como a cognição social (Marques-Teixeira, 2007; Vauth, Rüscher, Wirtz & Corrigan, 2004) – que engloba habilidades como a percepção social e emocional (Green, Penn, Bentall, Carpenter, Gaebel, Gur, Kring, Park, Silverstein & Heinssen, 2008).

Para uma compreensão mais cabal desta insuficiência social, é igualmente importante considerar a motivação – estado interno que inicia, dirige e sustém uma determinada conduta até atingir o seu objectivo (Barros, 2005; Velligan *et al.*, 2006) na medida em que ela está intimamente relacionada com a cognição (Barch, 2005), com a qual parece ter uma relação recursiva (Silverstein & Wilkniss, 2004) e ainda porque parece estar comprometida numa doença como a esquizofrenia (Barch, 2005; Nakagami *et al.*, 2008; Velligan *et al.*, 2006;). É precisamente no desvendar desta relação bidireccional e recursiva entre cognição e motivação que se pode fazer nova luz na compreensão do funcionamento social (Nakagami *et al.*, 2008).

Com efeito, os défices motivacionais podem levar a um fraco desempenho cognitivo (Barch, 2005; Wykes & Reeder, 2005), como sugerem alguns estudos que apontam para um prejuízo nas funções executivas, na velocidade de processamento, na atenção focalizada, na memória de trabalho e na memória a curto-prazo (Bryson *et al.*, 2001, Donohoe & Robertson, 2003, Heydebrand *et al.*, 2004, *cit in* Wykes & Reeder, 2005). Neste sentido, tem-se ponderado a hipótese de alguns défices cognitivos serem secundários a um défice motivacional associado quer à motivação intrínseca (Barch, 2005) – dadas as melhorias cognitivas subsequentes ao uso de reforços intrínsecos, promotores de auto-eficácia, prazer, mestria e sucesso (Kern *et al.*, 2003, O’Carroll *et al.*, 1999, *cit in* Silverstein & Wilkniss, 2004; Medalia *et al.*, 2001, 2002) ou até mesmo à motivação extrínseca – já que alguns estudos constataram melhorias no desempenho cognitivo em consequência de reforços monetários (Green *et al.*, 1992, Hellman, 1998, *cit in* Silverstein & Wilkniss, 2004; Kern *et al.*, 1995, Rosenbaum *et al.*, 1957, *cit in* Wykes & Reeder, 2005;) ou sociais (Massel *et al.*, 1991, Silverstein & Wilkniss, 2004).

Apesar deste papel exercido pela motivação nas tarefas cognitivas não ser totalmente consensual (Barch, 2005), a comprovar-se, estaríamos perante um efeito indirecto da motivação no funcionamento social (através da sua acção sobre a cognição).

Além desta possibilidade há que considerar a inversa: a dos défices cognitivos poderem contribuir para os motivacionais (Barch, 2005), dado que, por exemplo, os défices na memória de trabalho podem levar a défices na capacidade para manter representações relativas aos objectivos ou às recompensas (Barch, 2005; Juckel *et al.*, 2006, *cit in* Barch *et al.*, 2008; Keefe & Gold, no prelo, *cit in* Keefe & Hawkins, 2005), o que poderia influir na manutenção do trabalho/emprego, no comprometimento com um trabalho ocupacional (Burke, 1997, *cit in* Wu, 2000; Velligan, *et al.*, 2006) ou até para o envolvimento na terapia (Olfson *et al.*, 2000, *cit in* Keefe & Hawkins, 2005). Neste caso, a cognição mediará o efeito da motivação sobre o funcionamento social, o que possivelmente constituiria um maior prejuízo (dado os défices cognitivos serem proeminentes na doença).

Neste sentido e considerando as palavras de Velligan e colaboradores (p.481, 2006) de que “o prejuízo essencial na esquizofrenia parece encontrar-se na intersecção dos processos cognitivos e motivacionais”, afigura-se cada vez mais gritante considerar a motivação como um alvo central tanto dos programas de remediação cognitiva como dos de âmbito psicossocial (Nakagami *et al.*, 2008). Tal, requer um instrumento válido para identificar os défices motivacionais (ou a integridade dos processos motivacionais). Porém, escasseiam instrumentos válidos para avaliar a motivação em pessoas com esquizofrenia, o que, aliás, se constitui como uma grande limitação aos estudos no âmbito da motivação – incluindo os anteriores, que corroboravam a relação entre motivação, cognição e funcionamento social.

Assim, considerando esta premência de refinar e validar um instrumento para medir a motivação intrínseca na esquizofrenia (Nakagami *et al.*, 2008), o objectivo do presente estudo passa, precisamente, por investigar o potencial de um instrumento – a *General Causality Orientations Scale* (GCOS) de Deci & Ryan (1985) – para avaliar diferentes orientações motivacionais numa amostra portuguesa de pessoas com esquizofrenia em contexto de reabilitação psicossocial.

A escolha recaiu sobre a GCOS por esta ser “uma escala geral, que atravessa vários domínios e que inclui uma vasta gama de respostas e reacções”(Deci & Ryan, 1985, p. 30, *cit in* Koestner & Zuckermann, 1994). Com efeito, trata-se de “uma medida global de diferenças individuais na iniciação e regulação do comportamento” (Deci & Ryan, 1985, *cit in* Wong, p.316, 2000) e que reflecte três orientações motivacionais que a Teoria da Auto-

Determinação pressupõe existir em cada indivíduo (Hodgins, Koestner & Duncan, 1996). Além disso, as três subescalas da GCOS estão significativamente relacionadas a determinadas emoções, atitudes e comportamentos em várias circunstâncias e domínios, detendo também um carácter predizível (Deci & Ryan, 1985).

Outra das razões que justificam tal escolha, prende-se com o facto de este ser um instrumento que revela consistência interna, validade de construto e estabilidade temporal numa série de estudos (e.g. Deci & Ryan, 1985; Blustein, 1988, *cit in* Koestner & Zuckerman, 1994; Vallerand, Blais, Lacouture & Deci, 1987, *cit in* Koestner, Bernieri & Zuckerman, 1992). E, particularmente, por já ter sido empiricamente testado numa amostra de 353 indivíduos com doença mental (na sua maioria indivíduos com esquizofrenia), para a qual demonstrou ser válido e internamente consistente (Wu & Hwang, 2000).

As potencialidades deste estudo de validação da GCOS passam pela possibilidade de se avaliar fidedignamente a motivação numa doença como a esquizofrenia: quer a nível clínico e individual, quer a nível colectivo e experimental.

No que toca ao potencial uso clínico, é de ressaltar que Wu, Chen e Grossman (2000) desenvolveram um quadro motivacional de referência, que contém princípios orientadores para avaliar défices motivacionais de pessoas com doença mental em processo de reabilitação psicossocial, bem como estratégias de intervenção para facilitar a motivação intrínseca – tendo já sido demonstrada a efectividade de tal intervenção no aumento da motivação intrínseca e numa mudança concomitante no comportamento social (cfr. Wu, 2001). Neste sentido, caso se revele válida para a referida amostra, no futuro, poderá constituir-se como uma ferramenta útil para a prática da reabilitação.

No que respeita à segunda potencialidade, caso o instrumento se revele válido e fiável, poderá fazer com que novos estudos empíricos floresçam e contribuam para uma compreensão mais cabal do fenómeno motivacional e da sua relação com a cognição e com o funcionamento social.

2. GCOS: Teoria da Auto-Determinação

A teoria da Auto-determinação (Deci & Ryan, 1985) é uma “macro-teoria da motivação, que existe enquanto “coleção de quatro mini-teorias interrelacionadas: Teorias das

Necessidades Básicas, Teoria da Avaliação Cognitiva, Teoria da Integração Organísmica e Teoria das Orientações de Causalidade” (Deci & Ryan, 2004, p.33).

Segundo esta teoria, os seres humanos têm uma propensão natural para agir devido à motivação intrínseca – energia inata que os leva a experienciar prazer e interesse numa dada actividade (Deci & Ryan, 2000; 2008a).

No entanto, caso as condições sociais e os ambientes sociais não assegurem uma plena satisfação das necessidades básicas que se crêem universais: necessidade de autonomia (sentir que o seu comportamento advém duma escolha pessoal), necessidade de competência (sentir efectividade na interacção com o meio) e necessidade de pertença (sentir-se emocionalmente ligado aos outros e interpessoalmente envolvido), a motivação intrínseca pode ser coarctada (Deci & Ryan, 2004; Deci & Ryan, 2008a).

Quando tal acontece, a regulação do comportamento deixa de ser totalmente intrínseca (auto-determinada). Ou seja, o indivíduo deixa de se auto-regular unicamente com base nos seus valores, necessidades e objectivos integrados, para passar a reger-se por regulações de cariz mais externo – através da motivação extrínseca (Deci & Ryan, 1990; 1985, 2004).

Neste ponto, importa referir que existem vários tipos de motivação extrínseca (Deci & Ryan, 1990, 2000, 2004): desde a menos auto-determinada (motivação externa - em que o sujeito age unicamente em função de contingências, e interiorizada – age para não se sentir mal mas não se identifica com a regulação que interiorizou) até à mais auto-determinada (identificada -em que o sujeito se identifica com regulações externas que internaliza, podendo, até, integrá-las como parte do seu *self* - integrada).

Em suma, esta teoria postula que existem diferenças individuais relativamente estáveis na iniciação e regulação do comportamento, que traduzem diferentes tipos de motivação e, por conseguinte, diferentes graus de auto-determinação na personalidade. Tais diferenças foram designadas de “orientações gerais de causalidade” pelos autores, que apontam para a existência de três: “autónoma”, “controlada” e “impessoal”. No que toca aos atributos partilhados, é de salientar que nas duas primeiras existe intencionalidade por parte do sujeito e existe um *locus* de causalidade percebida (características que não se verificam

na última). O que difere é o facto do *locus* de causalidade ser interno no primeiro caso e externo no segundo (Deci & Ryan, 1990).

Com efeito, na orientação “autónoma”, a pessoa percepção-se como a “origem” do seu comportamento (deCharms, 1968, *cit in* Ryan, 1992), ou seja, sente que o comportamento emana do seu *self*, pois é regulado primariamente pela motivação intrínseca e por tipos autónomos de motivação extrínseca (designadamente, regulação identificada e regulação integrada) (Deci & Ryan, 2004). Resumidamente, o comportamento é regulado por uma motivação autónoma (Deci & Ryan, 2008b).

Já na orientação “controlo”, a pessoa não sente que foi o seu *self* que determinou a iniciação do comportamento, na medida em que, o comportamento é regulado primariamente por uma motivação controlada (Deci & Ryan, 2008b): ou seja, pelos tipos menos auto-determinados de motivação extrínseca (nomeadamente, regulação “interiorizada” e externa) (Deci & Ryan, 2004), sentindo-se, assim, como uma espécie de “peão” do seu próprio comportamento (deCharms, 1968, *cit in* Ryan, 1992).

Deste modo, a primeira orientação corresponde à satisfação das necessidades básicas: a da autonomia e competência pelo exposto e a de pertença/relacionamento (Deci & Ryan, 2008b) porque ocorre uma efectiva integração de regulações externas no *self*, o que, por sua vez, possibilita a integração no meio social envolvente de forma genuína e a experiencição de maior autonomia (Deci & Ryan, 2004).

A segunda, pelo contrário, resulta de alguma satisfação da necessidade de competência e de pertença/relacionamento e do cerceamento da autonomia (Deci & Ryan, 2008b). E, finalmente, a terceira, resulta de uma coarctação geral das três necessidades (*ibdis*). Ora, na medida em que a satisfação das necessidades varia em cada orientação, tal, irá repercutir-se, obviamente, em diferentes afectos, cognições e comportamentos (Deci & Ryan, 1985).

Assim, os indivíduos prevalentemente orientados de forma “autónoma”, tendem a fazer auto-avaliações mais positivas, a terem elevada auto-estima (Deci & Ryan, 1985) e a desenvolverem um *locus* de controlo interno (ou seja, a atribuírem-se mérito pelos sucessos) (Farmer & Sundberg, 1986, *cit in* Koestner & Zuckerman, 1994). Estes indivíduos tendem, também, a ter grande capacidade de iniciativa, a procurar actividades interessantes e

desafiantes, a assumirem a responsabilidade pelo seu comportamento, a interpretarem as situações como promotoras de autonomia (isto é, como informacionais) e a organizarem as suas acções com base em interesses e objectivos pessoais (Deci & Ryan, 1985). Além disso, estes indivíduos tendem a ter elevada auto-consciência privada, que lhes permite estarem mais atentos às suas necessidades e sentimentos, o que promove a consistência entre comportamentos, pensamentos e sentimentos (Koestner, Bernieri & Zuckerman, 1992). Para terminar esta orientação que abraça um funcionamento saudável e adaptativo, resta dizer que ela está também relacionada com o envolvimento prosocial (Gagné, 2003) e com a ocorrência de interações sociais mais positivas e honestas (visto a pessoa não ser compelida a evitar a influência potencial que acompanha as relações próximas) (Hodgins, Koestner & Duncan, 1996a).

Já os indivíduos primordialmente orientados de forma “controlada”, tendem a procurar, seleccionar e interpretar os eventos como controladores. São pessoas que sentem muita pressão e conflito, que são muito vigilantes e focados em disposições externas, pelo que têm muita auto-consciência pública (Deci & Ryan, 1985) e, por conseguinte, pouca congruência entre comportamentos, pensamentos e sentimentos (Koestner *et al.*, 1992). São também indivíduos com um funcionamento mais defensivo (já que podem sentir-se compelidos a protegerem-se da possibilidade de coerção, através do evitamento da intimidade e abertura aos outros) (Hodgins *et al.*, 1996a) Ainda assim, não há evidência de que o controlo esteja associado com auto-avaliações negativas, mas também não o está com positivas (Koestner & Zuckerman, 1994).

Por fim, os indivíduos orientados primariamente de forma “impessoal”, fazem auto-avaliações depreciativas, têm uma fraca auto-estima (pois não acreditam que são capazes de influenciar os resultados e de prosseguir objectivos) e possuem um *locus* de controlo externo (tendência a atribuir os sucessos a factores externos e a experienciar tédio e aborrecimento). Além disso, manifestam sentimentos depressivos e ansiosos (sobretudo no que toca ao enveredar por uma nova actividade), bem como de impotência e dependência (tendem a seguir os outros e o que eles já fizeram porque carecem de intencionalidade para agir de outro modo) (Deci & Ryan, 1985). Em suma, esta orientação é preditiva de défices motivacionais e distúrbios no auto-sistema (Koestner & Zuckerman, 1994).

O instrumento que mede estas orientações motivacionais é a GCOS (Deci & Ryan, 1985). Esta, é uma escala que fornece um determinado valor para cada uma das orientações de causalidade, que se pressupõem existir, em determinado grau, em cada pessoa.

3. GCOS: *Quadro Motivacional de Referência* (Wu, Chen & Grossman, 2000)

Wu e colaboradores desenvolveram um quadro de referência para contornar os défices motivacionais em pessoas com doença mental (na sua maioria, pessoas com esquizofrenia), em processo de reabilitação. Este, foi desenvolvido com base na teoria da Auto-Determinação (TAD) e na Teoria do Desânimo Aprendido (TDA), que, como o próprio Wu¹ referiu, são as que melhor descrevem as suas observações clínicas no tocante ao fenómeno motivacional.

Segundo este quadro, os défices motivacionais referem-se a uma regulação comportamental “empobrecida”, que leva o individuo a agir passiva ou coercitivamente quando envolvido numa actividade. Neste sentido, os défices motivacionais correspondem às orientações “impessoal” e “controlo”.

No primeiro caso, como já vimos, o comportamento é regulado sem qualquer intenção, pelo que os sujeitos agem passivamente (dificuldade em iniciar acções) ou desorganizadamente (acções não dirigidas para um objectivo) pois crêem que não são capazes de alcançar os objectivos desejados. No limite interno, a “amotivação” está relacionada com a incompetência num domínio particular e, no limite externo, está relacionada com alguma barreira ambiental (como a autoridade arbitrária). Esta noção de “amotivação” no limite externo postulada pela TAD é similar à TDA (Deci & Ryan, 1991, *cit in* Wu *et al.*, 2000). De acordo com esta última (Peterson, Maier & Seligman, 1993, *cit in* Wu *et al.*, 2000), “se a pessoa tiver sido exposta a eventos desagradáveis e ofensivos e acreditar que os resultados são incontroláveis, manifestará sintomas de desânimo aprendido, incluindo défices na motivação, cognição e emoção” (Wu *et al.*, 2000, p.3).

A orientação “controlo” também já foi explanada aquando da apresentação da TAD, pelo importa apenas sublinhar que diz respeito a comportamentos que já são regulados por uma intenção, mas que não resultam de uma escolha livre e pessoal, agindo a pessoa coercivamente, com base em motivações extrínsecas.

¹ Comunicação pessoal, 1 de Novembro de 2008

Por fim, resta apenas apresentar, genericamente, os princípios que o quadro congrega para: a) a identificação dos défices motivacionais e b) a facilitação da motivação intrínseca.

a) *Linhas Orientadoras para a Identificação dos Défices Motivacionais:*

O instrumento utilizado para avaliar os défices motivacionais é a versão chinesa da *GCOS* e, para tal, os autores recorreram a uma utilização tipológica da escala (Wu *et al.*, 2000), como sugerido por Koestner & Zuckerman (1994) em ordem a categorizar os sujeitos numa dada orientação de causalidade. Contudo, há que ter em linha de conta que, segundo Deci e Ryan (1985, *cit in* Koestner & Zuckerman, 1994), um indivíduo pode funcionar, em diferentes momentos, segundo cada uma das três orientações.

b) *Linhas Orientadoras para a Intervenção*

As intervenções são dirigidas aos indivíduos orientados na subescala “impessoal” ou na subescala “controlo”, havendo, igualmente, linhas interventivas dirigidas ao “problema” do défice motivacional geral (Wu *et al.*, 2000).

Para cada um dos cenários referidos, existem estratégias que visam satisfazer as três necessidades básicas postuladas pela TAD. Estas estratégias são agrupadas de acordo com os critérios dos contextos sociais que facilitam a motivação intrínseca: “suporte de autonomia” (em que medida existe provisão de escolha, minimização da pressão e encorajamento), “estrutura” (em que medida são compreensíveis as relações comportamento-resultado e existem expectativas claras e provisão de feedback) e “envolvimento” (em que medida os outros significativos estão envolvidos e interessados).

Tendo em conta que os contextos sociais ótimos ao desenvolvimento da motivação intrínseca são aqueles que provêm autonomia, estrutura moderada e envolvimento dos outros, as estratégias, apesar de variarem em cada um dos cenários e dos casos, baseiam-se nestes aspectos-chave.

II Estudo Empírico

1. Objectivos de Investigação

A GCOS conta com duas versões existentes – uma de 12 vinhetas (Deci & Ryan, 1985) e outra de 17 (Ryan, 1989) e é sobre esta última que recairá o presente estudo de validação. Como o próprio nome indicia, o objectivo de tal estudo passa por investigar o quão adequada e apropriada a escala pode ser quando destinada à avaliação de orientações motivacionais em pessoas com esquizofrenia, em contexto de reabilitação psicossocial.

Quando se estuda a validade, há que ter em linha de conta, antes de mais, que “as técnicas psicométricas não se dirigem à avaliação de características objectivamente observáveis nos indivíduos mas sim a dimensões teóricas, não directamente mensuráveis e definidas por uma teoria psicológica” (Moreira, 2004, p.342). Ora, na medida em que o que está em causa são construtos teóricos abstractos, para que os instrumentos que medem tais construtos se possam revelar válidos (para uma dada população), afigura-se necessário recorrer não só a critérios internos de validação (Fernandes & Almeida, 2001) como também mostrar uma relação dos resultados do instrumento com critérios externos (*ibdis*). De facto, mesmo quando um instrumento se revela internamente consistente, não há garantia que a variável partilhada pelos itens seja, de facto, a variável preconizada (DeVellis, *cit in* Fernandes & Almeida, 2001), pelo que se torna impreterível recorrer a critérios externos de validação. Só assim se poderá, efectivamente, descobrir ou demonstrar o que é que um teste mede e quão bem ele o faz (Anastasi, 1977).

Nesta ordem de ideias, o presente estudo tem como objectivos:

1.1 Investigar a Validade da versão portuguesa da GCOS para uma amostra portuguesa de pessoas com esquizofrenia em contexto de reabilitação psicossocial, através da Precisão (critério interno de validação).

Existe uma panóplia de estudos que corroboram a precisão da GCOS:

- Deci e Ryan (1985) encontraram valores satisfatórios de consistência interna para as três subescalas da GCOS (versão 12 vinhetas), numa amostra constituída por 923 estudantes americanos e 193 não estudantes ($\alpha = 0.74$ para a subescala “autonomia”, 0.69 para a “controlo”, e 0.74 para a “impessoal”).

- Hodgins e colaboradores (1996a), também corroboraram a precisão da versão mais alargada da GCOS – a de 17 vinhetas, para uma amostra de 67 estudantes ($\alpha = 0.87$ para a subescala “autonomia” e $\alpha = 0.83$ para a subescala “controlo” (a “impessoal” não foi avaliada dado que não interessava aos propósitos do estudo).

- Hodgins, Liebeskind e Schwartz (1996b), novamente com a versão de 17 vinhetas encontraram os seguintes valores de Alpha: $\alpha = 0.79$ (subescala “autonomia”), $\alpha = 0.72$ (subescala “controlo”) e $\alpha = 0.68$ (subescala “impessoal”) para uma amostra de 96 estudantes.

- Hodgins e Liebeskind (2003) voltaram a constatar a consistência interna das subescalas “autonomia” e “impessoal” da versão de 17 vinhetas ($\alpha = 0.84$ e $\alpha = 0.70$, respectivamente) para uma amostra de 85 estudantes universitários.

- Recentemente, Weinstein e Hodgins (2009) demonstraram a precisão das subescalas da versão de 17 vinhetas da GCOS para uma amostra de 77 estudantes universitários ($\alpha = 0.88$ para a “autonomia” e $\alpha = 0.81$ para a “controlo”).

Ainda que a maioria destes estudos tenham por base amostras de estudantes e o presente estudo seja dirigido a uma amostra de pessoas com esquizofrenia, também se espera encontrar consistência interna nas subescalas da versão portuguesa da GCOS – até porque a versão chinesa, para pessoas com doença mental, se revelou internamente consistente. Com efeito, Wu e Hwang (2000), encontraram os seguintes valores de consistência interna (para uma amostra de 353 pessoas com doença mental, na sua maioria, com esquizofrenia): $\alpha = .081$ para a subescala “autonomia”, $\alpha = .071$ para a “controlo” e $\alpha = 0.64$ para a “impessoal”.

1.2 Investigar a validade da versão portuguesa da GCOS para a referida amostra através das Correlações entre as Subescalas.

Uma vez explorado o critério interno de validação (a precisão), o enfoque será, agora, ao nível externo: procurar-se-á descortinar a validade de construto da GCOS através de determinados pressupostos teóricos, que se deverão repercutir empiricamente.

Neste sentido, o segundo objectivo do presente estudo, procura testar a conceptualização na qual se baseou a construção do instrumento, examinando, para tal, as relações entre os resultados de diferentes partes do instrumento. Por outras palavras, espera-se que as subescalas que se assumem relacionadas em função da teoria estejam significativamente correlacionadas (Anastasi, 1977).

De acordo com a teoria que deu origem à GCOS, as subescalas “autonomia” e “impessoal” têm uma forte relação antagónica entre si (Deci & Ryan, 1985): se a primeira se caracteriza por escolha, prazer, interesse, um *locus* de causalidade interior, intencionalidade e auto-determinação; já a segunda caracteriza-se por passividade, desânimo e sentimentos depressivos, um *locus* de causalidade impessoal, ausência de intencionalidade e de auto-determinação.

Esta relação foi testada empiricamente por Deci & Ryan (1985) servindo, aliás, como suporte à validade do instrumento. De facto, as subescalas demonstraram uma correlação negativa (“autonomia” e “impessoal” $r = -.25$, $p < .001$) e uma positiva (“controlo” e “impessoal” $r = .27$, $p < .001$) entre si. Já entre a “autonomia” e o “controlo” não houve nenhuma relação ($r = .03$). Tal, reflecte que as subescalas são relativamente independentes, apesar de haver alguma variância partilhada entre as subescalas “controlo” e “impessoal” – o que não será de estranhar, já que, segundo a TAD, uma pessoa orientada de forma “controlada”, não obstante agir com intencionalidade e deter controlo sobre os resultados, sente-se pressionada e tem um papel passivo na formulação e regulação das acções - tal como acontece na orientação “impessoal” (Deci & Ryan, 1985).

Perante o exposto, esperam-se encontrar correlações, no mesmo sentido, entre as subescalas da versão portuguesa da GCOS: quer na amostra de pessoas com esquizofrenia, quer numa amostra de pessoas sem esquizofrenia e com níveis mais elevados de escolaridade. Com efeito, independentemente da amostra com esquizofrenia (possivelmente) ter défices motivacionais e a amostra sem esquizofrenia (possivelmente) não ter, a direcção das correlações deve ser no sentido já enunciado (como postula a teoria e como já foi verificado empiricamente) em ambas as amostras.

Neste ponto, ressalte-se que, a inclusão de uma amostra com propósitos de comparação pode constituir-se como uma mais-valia ao processo de validação, na medida em que, a maioria das amostras nas quais a GCOS tem sido usada e se tem revelado válida

apresentam características similares a esta (nomeadamente, ausência de esquizofrenia e níveis mais elevados de escolaridade).

Nesta ordem de ideias, se na amostra de pessoas sem esquizofrenia se encontrarem as correlações esperadas e o mesmo não acontecer na amostra de pessoas com esquizofrenia, o instrumento pode, efectivamente, ter potencial (foi bem traduzido e adaptado), contudo, pode não ser válido para esta última.

Ainda neste cenário, tendo em conta que no estudo de Wu e Hwang (2000) todas as subescalas se mostraram positivamente correlacionadas e houve necessidade de criar uma nova orientação motivacional (“mista”) para muitas das pessoas com esquizofrenia, poder-se-ia conjecturar que o “padrão” das pessoas com esquizofrenia no tocante às orientações de causalidade pudesse, efectivamente, ser diferente.

Por outro lado, caso as correlações não se verifiquem em nenhuma das amostras, a escala pode, de facto, apresentar sérias limitações em termos de validade.

1.3 Investigar a Validade da versão portuguesa da GCOS para a referida amostra através da Análise das Diferenças entre grupos.

Continuando numa lógica de validação com referência a critérios externos, recorrer-se-á ao método dos grupos de contraste. Se os itens que compõem a escala forem sensíveis e permitirem a diferenciação entre grupos, tal funcionará como um indicador de validade de construto (Anastasi, 1977) pois, segundo a literatura, os grupos devem diferir quanto às orientações de causalidade.

Análise das diferenças entre grupos contrastantes, em função:

- da Condição Clínica

Tendo em conta os prováveis défices motivacionais na esquizofrenia (Barch, 2005; Nakagami *et al.*, 2008; Velligan *et al.*, 2006), pressupõe-se que as pessoas com esquizofrenia apresentarão valores médios significativamente mais elevados na subescala “controlo” e “impessoal”, conceptualizadas como défices motivacionais (Wu & Hwang,

2000), do que as pessoas sem patologia. Na mesma linha de raciocínio, espera-se que estas últimas apresentem valores médios significativamente mais elevados na subescala “autonomia” (como aconteceu no estudo de Deci e Ryan de 1985: $N=636$; $M = 70,54$ “autonomia”; $M = 49,05$ “controlo” e $M = 39,03$ “impessoal”).

Esta conjectura parece revestir-se de maior sentido, se atendermos no facto da subescala “impessoal” estar significativamente correlacionada com a depressão (1985 $r = .28$, $p < .05$; Deci & Ryan) e com a ansiedade ($r = .58$, $p < .001$; *ibdis*) e ao facto de alguns autores apontarem para a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa em pessoas com esquizofrenia (Barch *et al.*, 2008; Chemerinski, Bowie, Anderson & Harvey, 2008; Górna, Jaracz, Wrzyszczyńska & Rybakowski, 2007; Sands & Harrow, 1999). Ora, se as pessoas com esquizofrenia tiverem alguma propensão à depressão e à ansiedade como alguns autores concluem e, dado que estas se correlacionam positivamente com a subescala “impessoal”, então as pessoas com esquizofrenia realmente deverão obter valores mais elevados nesta subescala, comparativamente às pessoas sem esquizofrenia.

Outro argumento que pesa a favor deste pressuposto, prende-se com o facto das pessoas com esquizofrenia demonstrarem “incapacidade de iniciar e persistir em actividades com objectivo” (APA, 2002). Ora, esta passividade e ausência de intencionalidade, como já referido, são precisamente uma característica da orientação “impessoal” (Deci & Ryan, 1985). Neste sentido, espera-se que as pessoas com esquizofrenia apresentem valores mais elevados na subescala “impessoal” do que os comparadores.

Por fim, resta dizer que, segundo Deci e Ryan (2000), a “desmotivação” (característica da orientação “impessoal”) pode ter origem em múltiplas fontes, como não se sentir competente para desempenhar uma actividade, não se sentir capaz de exercer controlo sobre os resultados desejados ou não ter possibilidade de escolha. Ora, atentando no estudo de Marques (2006), no qual se constata que a maioria das pessoas com esquizofrenia em contexto de reabilitação psicossocial (características da amostra do presente estudo) não têm controlo total de todos os aspectos da sua vida, são estigmatizadas e são condicionadas pela disfuncionalidade multidimensional produzida pela doença, parece perfeitamente plausível pressupor que o grupo das pessoas com esquizofrenia terá valores mais elevados na subescala “impessoal”.

- do Género Sexual, em ambas as amostras

A GCOS parece ser discriminativa de diferenças de género: no estudo original de Deci & Ryan (1985), os homens tiveram valores significativamente mais elevados no “controlo” do que as mulheres, ao passo que as mulheres foram significativamente mais elevadas na autonomia do que os homens. Noutros estudos, também ficou demonstrado que o sexo feminino apresenta valores médios significativamente mais elevados na subescala “autonomia” do que o sexo masculino (Martinsen, 1993, *cit in* Wong, 2000; Soenens, Berzonsky, Vansteenkiste, Beyers e Goossens, 2005; Vallerand, Blais, Lacouture e Deci, 1987).

Tais diferenças podem prender-se com as expectativas face ao papel do género, ou com o desenvolvimento de competências resultantes da ocupação de determinados papéis sociais, como o de “cuidador” (Eagly & Wood, 1987, *cit in* Wong, 2000). Isto pode prender-se, igualmente, com o facto de os homens serem mais “agênticos” (mais auto-assertivos, auto-direccionados, com propensão para a auto-expansão) e com o facto de as mulheres serem mais “comunais” (isto é, preocuparem-se mais com o bem-estar dos outros e serem muito sensíveis no domínio interpessoal), como demonstra Bakan (1966, *cit in* Wong, 2000).

Atendendo a este cenário, espera-se uma diferença de género ao nível das orientações “autonomia” e “controlo” (com as mulheres a apresentarem valores médios mais elevados na primeira e os homens na segunda), quer na amostra das pessoas com esquizofrenia, quer na amostra dos comparadores.

- da Condição Cognitiva

Dada a já referida relação (recursiva) entre os défices cognitivos e os défices motivacionais (Barch, 2005; Silverstein & Wilkniss, 2004; Velligan *et al.*, 2006;) no primeiro capítulo, espera-se que os indivíduos (com esquizofrenia) que têm défice cognitivo (segundo o *MMSE*), apresentem valores médios significativamente mais elevados na subescala “impessoal” e mais reduzidos na “autonomia” comparativamente aos indivíduos (com esquizofrenia) sem défice cognitivo.

1.4 Investigar a validade da versão portuguesa da GCOS para a referida amostra através da Categorização dos sujeitos quanto à orientação prevalente, em ambas as amostras.

Uma das mais-valias da GCOS é possibilitar a categorização dos indivíduos: ou seja, permitir que se descortine a sua orientação motivacional prevalente. Através desta utilização tipológica da GCOS, espera-se que os indivíduos comparadores sejam categorizados, na sua maioria, como “autónomos” e que (uma grande parte dos) indivíduos com esquizofrenia sejam categorizados como “controlados” e “impessoais”. Esta diferença ao nível da categorização esperada tem por base os fundamentos já explanados para as diferenças esperadas em função da condição clínica (presença de défices motivacionais e sintomatologia depressiva nas pessoas com esquizofrenia e maior insatisfação de necessidades psicológicas básicas nas pessoas com esquizofrenia devido ao estigma e disfuncionalidade multidimensional gerados pela doença).

2. Método

2.1 Participantes

O presente estudo contou com a participação de 95 sujeitos que formam dois grupos distintos. O primeiro, é composto por 51 indivíduos com esquizofrenia, dos quais 37 são do sexo masculino (72,5%) e 14 são do sexo feminino (27,5%) com idades compreendidas entre os 22 e os 75 anos ($M=45,73$, $DP=11,16$).

Já o segundo, é constituído por 44 indivíduos sem esquizofrenia, dos quais 14 são do sexo masculino (31,8%) e 30 do sexo feminino (68,2%), com idades compreendidas entre 21 e 17 anos ($M= 32,07$, $DP=13$). Importa aqui referir que os sujeitos deste grupo serão designados de “comparadores”, na medida em que os seus dados servem propósitos comparativos.

Estes dois grupos não são equitativos quanto ao sexo, nem quanto à idade, sendo que a média da idade dos indivíduos com esquizofrenia é significativamente mais elevada do que a dos comparadores ($t(85,37) = 5,44$ $p=.000$).

Existem, também, diferenças entre as duas amostras no que concerne ao número de anos de escolaridade, sendo que a amostra dos comparadores apresenta um número médio de anos de estudo ($M= 14,34$, $DP=3,52$) significativamente mais elevado ($t(87) = -7,26$, $p=.000$) do que a amostra de pessoas com esquizofrenia ($M=8,13$, $DP=4,47$).

Concretamente, no que respeita à amostra de pessoas com esquizofrenia, importa, ainda, referir que 22 são da C.S.J.D. de Barcelos (43,1%), 16 são da C.S.B.J. de Braga (31,4%), 4 do C.H.C.F. do Porto (7,8%), 4 do Neurobios do Porto (7,8%) e 5 da C.S.S.J. de Areias de Vilar (9,8%), pelo que não se verifica uma distribuição equitativa pelas instituições de reabilitação psicossocial. Destes, 41 estão em regime residencial (80,4%) e 10 em regime de ambulatório (19,6%). No que toca ao tipo de reabilitação psicossocial, 31 estão em reabilitação do tipo ocupacional (60,8%), 19 em reabilitação do tipo profissional (37,3%) e um está em reabilitação do tipo vocacional (2%).

Em média, estes sujeitos estão admitidos em tais instituições há 11 anos ($DP =10$, mínimo = 0,5, máximo = 35). O primeiro surto psicótico foi, em média, há 19 anos ($DP=10$, mínimo = 2, máximo = 35) e o número médio de hospitalizações psiquiátricas passadas é de 4 ($DP=4$, mínimo = 0, máximo = 35). Segundo as percepções dos técnicos, 74,5% dos sujeitos manifestam sintomas negativos ($N=38$) e 82,4% ($N=42$) apresentam défices cognitivos. No entanto, segundo o MMSE, só 9 sujeitos (20,5%) têm défice cognitivo e os restantes 35 (79,5%) não apresentam défice cognitivo.

2.2 Instrumentos:

2.2.1 Versão Portuguesa da GCOS

A versão portuguesa da GCOS (cfr. Anexo A) é constituída por 17 vinhetas compostas por 51 itens - 36 dos quais já estavam contidos na escala original (de 12 vinhetas). As cinco novas vinhetas contempladas nesta versão aludem a interações sociais, visto que as outras doze estavam muito direccionadas para situações de realização (motivo pelo qual a versão de 17 itens foi escolhida para este estudo).

Cada vinheta descreve uma situação hipotética (na qual o indivíduo se deve imaginar) e contém 3 formas possíveis de resposta (a essa mesma situação), que

representam as 3 orientações de causalidade. Cada uma dessas 3 formas possíveis de resposta é acompanhada por uma escala de 7 pontos e o inquirido deve assinalar a probabilidade com que reagiria da mesma forma em cada uma, sendo que 1 significa “muito improvável” e 7 “muito provável” (Deci & Ryan, 1985).

Um exemplo de uma das vinhetas:

9. Está a enveredar por uma nova carreira. A consideração mais importante a fazer provavelmente será:

a) Se terá capacidade para desempenhar o trabalho.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) O quão interessado(a) está nesse tipo de trabalho.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) Se terá possibilidades de progredir na carreira.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

O primeiro item desta vinheta diz respeito à orientação impessoal, o segundo à orientação “autonomia” e o terceiro à orientação “controlo”.

O valor de cada subescala é obtido através da soma dos itens que a compõem: 17 itens para a subescala “autonomia” (1c, 2c, 3a, 4b, 5b, 6b, 7c, 8c, 9b, 10b, 11a, 12a, 13a, 14c, 15a, 16a, 17 a); 17 itens para a subescala “impessoal” (1a, 2b, 3c, 4a, 5a, 6c, 7b, 8a, 9a, 10c, 11c, 12c, 13b, 14b, 15b, 16b, 17b) e 17 itens para a subescala “controlo” (1b, 2a, 3b, 4c, 5c, 6a, 7a, 8b, 9c, 10a, 11b, 12b, 13c, 14a, 15c, 16c, 17c). Esse valor pode ir de 17 a 119 e quanto mais elevado for, mais forte será a orientação em causa no indivíduo.

2.2.2 MMSE

De breve e fácil aplicação, o MMSE é um teste utilizado para a avaliação da disfunção cognitiva (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). É constituído por 30 tarefas e cada uma representa um ponto, pelo que a pontuação máxima é de 30 pontos. O resultado do teste é sugestivo de haver um defeito cognitivo, se nos analfabetos houver uma

pontuação menor ou igual a 15, nos doentes com escolaridade entre 1 a 11 anos se a pontuação for inferior ou igual a 22 e em doentes com mais de 11 anos de escolaridade com pontuação inferior ou igual a 27 (Guerreiro, Silva & Botelho, *cit in* Pinho, Almeida, Palma, Moniz & Silva, 2006).

O MMSE foi utilizado, neste estudo, com o objectivo de discriminar quais os sujeitos com (e sem) défice cognitivo, para se poder verificar, então, se existem as tais diferenças entre as orientações motivacionais, preconizadas em função da condição cognitiva.

2.3 *Procedimento de Recolha de Dados*

A GCOS (Deci & Ryan, 1989) foi traduzida para o português, tendo sido a versão resultante comparada à original por uma professora de inglês bilingue, no sentido de auscultar eventuais traduções erróneas, sobretudo no tocante a expressões culturais. Após se ter chegado a uma versão final, foram redigidas três instruções diferentes para figurem no questionário que foi, então, aplicado a 15 sujeitos sem esquizofrenia com o intuito de apontarem as instruções mais perceptíveis. Os sujeitos foram unânimes na selecção das actuais instruções presentes no questionário. Para além da perceptibilidade das instruções, os sujeitos foram também indagados acerca da compreensão dos enunciados e da escala; contudo, dado não terem sido assinaladas dificuldades, não se procederam a reformulações.

O passo seguinte, consistiu em administrar o questionário a oito indivíduos com esquizofrenia (estudo piloto), os quais foram igualmente questionados acerca da compreensão dos itens e da escala. É de salientar, que quatro dos sujeitos responderam de forma autónoma, ao passo que os outros quatro necessitaram de alguns esclarecimentos adicionais e de algum auxílio para assinalarem as suas respostas na escala. No entanto, dado que se tratavam se indivíduos idosos e com dificuldades cognitivas acentuadas, considerou-se mais viável manter o questionário como estava.

Os indivíduos com esquizofrenia foram seleccionados com base num único critério (dado ser uma amostra de difícil acesso): estarem em processo de reabilitação psicossocial. Neste sentido, foram estabelecidos contactos com algumas instituições/serviços de

reabilitação de pessoas com doença mental do Norte do país, na sua maioria em regime de Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

Após a resposta positiva de algumas instituições, procedeu-se à aplicação do questionário às pessoas com esquizofrenia que consentiram em participar no estudo, tendo-lhes sido sumariamente explicados os objectivos. Inicialmente, e à semelhança do método usado por Wu (2000), optou-se pelo auto-preenchimento; contudo, dadas todas as dificuldades observadas e sentidas pelos inquiridos (que serão apresentadas na subsecção “*Dificuldades Sentidas*”), foi necessário adoptar um outro método, o de hetero-preenchimento. Deste modo, todos os itens foram lidos e preenchidos a par e passo com o utente que ia explanando o porquê das suas escolhas e foram necessárias algumas adaptações (que serão também apresentadas na subsecção “*Adaptações Necessárias*”). Em média, a aplicação do questionário a cada inquirido durou cerca de uma hora. Ainda no decurso desta recolha de dados, é de ressaltar que foi necessário aplicar, também, o *MMSE* às pessoas que não tinham sido avaliadas por este teste nos últimos 6 meses (o valor do *MMSE* das restantes foi fornecido pelas pessoas das várias instituições, com as quais foram estabelecidos os contactos).

Uma vez recolhidos os dados das pessoas com esquizofrenia, iniciou-se a aplicação dos questionários aos comparadores. Neste ponto, é de sublinhar que o formato de aplicação foi dissemelhante do anterior, na medida em que foi de auto-preenchimento (dado as pessoas não sentirem quaisquer dificuldades). Importa, ainda, referir que os elementos desta amostra foram seleccionados por conveniência. Segundo Gil (1999), numa amostragem por acessibilidade (conveniência) “o investigador selecciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo” (p.104). Neste sentido, os questionários foram distribuídos a estudantes da área do Porto/Aveiro ou a pessoas que se sabia deterem alguma escolaridade.

2.3.1 *Dificuldades Sentidas*

Genericamente, as dificuldades sentidas pelo primeiro grupo passaram por:

- a) Dificuldades de abstracção, requeridas nas instruções e em cada vinheta (situação). Com efeito, os inquiridos não conseguiam, ou tinham acentuadas dificuldades, em

imaginarem-se nas variadas situações. Tal pode dever-se aos défices cognitivos tão proeminentes na doença e também ao facto de estarem institucionalizados e, por conseguinte, distantes das realidades contempladas na GCOS.

b) Dificuldades ao nível da compreensão semântica dos itens. Neste ponto, é de referir que despenderam muito tempo na leitura dos mesmos, que os leram mais que uma vez e que, por vezes, referiram mesmo não compreenderem os enunciados (ou o significado de algumas palavras). Tal pode dever-se, mais uma vez, às dificuldades cognitivas tão características da esquizofrenia, nomeadamente, a funções cognitivas como a compreensão verbal, a velocidade de processamento, a atenção, a concentração, e a memória. A assomar a tal, temos outro factor de potencial importância – o facto de a maioria deter poucas habilitações literárias (um deles era mesmo analfabeto), o que pode não ter permitido o desenvolvimento das capacidades (já comprometidas). Com efeito, esta questão da escolaridade pode, de facto, condicionar a compreensão semântica dos itens, até porque, segundo alguns inquiridos sem a patologia e segundo alguns técnicos, a linguagem da versão portuguesa da GCOS afigura-se demasiado complexa e alguns enunciados contêm demasiadas directrizes.

c) Dificuldades na utilização da escala de resposta (de 1 a 7) e ao nível do significado dos números contidos nessa mesma escala. Praticamente todos os inquiridos tiveram dificuldades em perceber a lógica da escala, em compreender os termos nela contidos, em responder no sentido do “improvável” e, ainda, em diferenciar a intensidade da (im)probabilidade de responderem como descrito em cada opção de resposta. Com efeito, não percebiam o motivo pelo qual tinham de recorrer aos números e alguns desconheciam o significado do termo “provável”. Mais, tinham notoriamente mais facilidade em responder quando a sua reacção (comportamento/sentimento/pensamento) ia ao de encontro à opção apresentada (ou seja, em usar os números indicadores de probabilidade) do que quando era dissemelhante (ou seja, em usar os números indicadores de improbabilidade), pois tal implicava negar o enunciado e posicionar-se de forma antagónica ao postulado. Neste caso, assinalavam (ou pediam para assinalar) números que se enquadravam no “provável” quando, na verdade, queriam o oposto. Por fim, mostraram dificuldades em discriminar os números que melhor representavam as suas respostas, pelo que a maioria apenas optou por utilizar os números 1, 4 e 7 (os únicos que continham uma referência).

2.3.2 Adaptações Necessárias

- a) Para colmatar as dificuldades de abstracção ao nível das instruções, exemplificou-se a forma como deveriam responder através da primeira vinheta (explanou-se a par e passo). Já ao nível das situações hipotéticas, em ordem a torná-las menos abstractas, recorreram-se a exemplos concretos e próximos da realidade dos inquiridos.
- b) Para minimizar as dificuldades semânticas, os itens foram lidos em voz alta e pausadamente, respeitando assim o ritmo de cada inquirido. Por vezes, foram também fornecidos sinónimos de algumas palavras e alguns enunciados mais complexos foram desconstruídos e simplificados.
- c) Para atenuar as dificuldades concernentes ao uso da escala numérica, recorreu-se a símbolos visuais para a mesma (com o sinal + e -) para ajudar a diferenciar a intensidade da (im)probabilidade com que responderiam como descrito nas várias opções de resposta e para ajudar a compreender melhor o significado dos números intermédios. Por vezes, foi também explicado o significado do termo provável e certificou-se sempre que os inquiridos respondiam no sentido que pretendiam verdadeiramente (ouvindo-se as suas explicações para cada opção de resposta).

2.3 Procedimento de Análise de Dados

A análise dos dados foi feita com recurso ao programa SPSS, versão 16.0. Para averiguar a consistência interna das subescalas recorreu-se ao coeficiente *Alpha de Cronbach*. Já para verificar a existência de correlações significativas entre as subescalas, utilizou-se o coeficiente de correlação momento-produto de *Pearson*. No sentido de apurar a existência de diferenças significativas entre as subescalas, atendendo a algumas variáveis, aplicou-se o teste paramétrico *t de Student* (condição clínica, género sexual) e o não paramétrico *Mann-Whitney* (condição cognitiva). Por fim, para se verificar se os sujeitos com esquizofrenia são prevalentemente *impessoais* e *controladores* e se os sujeitos comparadores são prevalentemente *autónomos*, foi necessário proceder à categorização dos sujeitos. Esta, foi feita através da transformação dos valores brutos dos sujeitos em cada uma das orientações motivacionais em valores z, sendo que os sujeitos foram categorizados na orientação motivacional, cujo seu valor z se revelou mais elevado.

3. Apresentação dos Resultados

3.1 Análise da Precisão da versão portuguesa da GCOS

Para se averiguar a consistência interna das subescalas recorreu-se ao coeficiente *Alpha de Cronbach*. Como se pode ver no Quadro 1, o valor deste foi $\alpha = 0,81$ para a subescala “autonomia”, $\alpha = 0,80$ para a subescala “controlo” e $\alpha = 0,83$ para a subescala “impessoal” e verificou-se que a remoção item a item praticamente não altera a consistência interna das subescalas.

Quadro 1: Coeficientes de Consistência Interna (Alpha de Cronbach) para as Subescalas da Versão Portuguesa da GCOS, quando destinada a Pessoas com Esquizofrenia

	Valor α da subescala “Autonomia”	Valor α da subescala “Controlo”	Valor α da subescala “Impessoal”
Pessoas com Esquizofrenia	0.81	0,80	0,83

3.2 Análise das Correlações entre as Subescalas

A relação entre as subescalas foi investigada através do coeficiente de correlação de Pearson. Foram encetadas algumas análises preliminares (análise do histograma e do diagrama de dispersão) no sentido de auscultar os pressupostos de normalidade e linearidade (Greene & Oliveira, 1991; Pallant, 2003) requeridos para o uso deste coeficiente e constatou-se que estes se verificavam. Além disso, segundo Greene e Oliveira (1991), mesmo quando estes pressupostos são, de alguma forma violados, dada a robustez dos testes paramétricos, pode-se prosseguir na utilização dos mesmos.

Quando aplicada à amostra de pessoas com esquizofrenia, constata-se a existência de duas correlações significativas entre as subescalas da versão portuguesa da GCOS: uma negativa e moderada entre a subescala “autonomia” e a subescala “impessoal” (Cohen & Holliday, 1982); e outra positiva e moderada entre a subescala “autonomia” e a subescala “controlo” (*ibdis*), como se pode ver no Quadro 2.

Quadro 2: Matriz de Correlações entre as Subescalas da Versão Portuguesa da GCOS na Amostra de Pessoas com Esquizofrenia

	“Autonomia”	“Impessoal”	“Controlo”
“Autonomia”	-		
“Impessoal”	-0,43**	-	
“Controlo”	0,52**	0,36	-

** p < 0.01

Quando aplicada à amostra dos comparadores, pelo contrário, já não se encontram quaisquer correlações significativas entre as subescalas da GCOS (ver Quadro 3).

Quadro 3: Matriz de Correlações entre as Subescalas da Versão Portuguesa da GCOS na Amostra dos Comparadores

	“Autonomia”	“Impessoal”	“Controlo”
“Autonomia”	-		
“Impessoal”	0,43, n.s.	-	
“Controlo”	0,33, n.s.	0,87, n.s.	-

n.s. – não significativo

3.3 *Análise das Diferenças entre Grupos:*

- em função da Condição Clínica

No quadro 4 são apresentados os resultados da comparação das orientações de causalidade em função da condição clínica. Pode-se verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas com esquizofrenia e os comparadores em todas as orientações. Tal indica que os comparadores são mais orientados de forma autónoma (são mais motivados intrinsecamente ou através de formas mais autónomas de motivação extrínseca). Indica, também, que as pessoas com esquizofrenia são mais orientadas de forma impessoal (são mais “desmotivadas”) e controlada (regem-se mais com base em motivações de cariz extrínseco do que os comparadores).

Quadro 4 – Caracterização e Comparação das Orientações de Causalidade no Grupo de Pessoas Com e Sem Esquizofrenia

	Condição Clínica				<i>t</i>	g.l.
	Com Esquizofrenia		Sem Esquizofrenia			
	(N=51)		(N=44)			
	M	DP	M	DP		
Autonomia	77,12	15,46	94,07	9,75	- 6,388 **	81,99
Impessoal	78,98	16,75	49,48	9,13	10,707 **	78,11
Controlo	77,34	15,66	68,65	12,47	2,895 **	88

** p<.01

- em função do Género Sexual, em ambos os grupos

Para se analisar se as pessoas (com esquizofrenia) do sexo feminino diferiam (significativamente) das pessoas (com esquizofrenia) do sexo masculino, foi necessário emparelhar estes dois grupos, na medida em que eram muito desproporcionais (sexo masculino N=37, sexo feminino N=14). Neste sentido, compararam-se dois grupos de homens e mulheres, cada um composto por 14 elementos, emparelhados em função da idade: sexo feminino (M = 40,79; DP = 9,36), sexo masculino (M = 42,43; DP = 8,99).

Como se pode verificar no Quadro 5, as mulheres obtiveram uma média mais elevada do que os homens na subescala “autonomia”; contudo, as diferenças não se revelaram significativas. Já os homens, apresentam uma média mais elevada do que as mulheres na subescala “controlo”, ainda que as diferenças não sejam significativas.

Quadro 5 – Caracterização e Comparação das Orientações de Causalidade nas Pessoas com Esquizofrenia do Sexo Masculino e do Sexo Feminino

Género Sexual (Pessoas com Esquizofrenia)						
		Masculino (N= 14)		Feminino (N= 14)		
		M	DP	M	DP	<i>t</i>
						g.l.
Autonomia		73,64	16,57	81,21	12,09	- 1,381, n.s.
Controlo		75,64	16,66	73,93	14,59	-0,776, n.s.

n.s. – não significativo

Fez-se, igualmente, um emparelhamento dos dois grupos pela idade (com base, na medida do possível, na idade dos grupos do sexo feminino e masculino das pessoas com esquizofrenia): sexo masculino (N = 14, M = 34,64; DP = 11,76) e sexo feminino (N = 14, M = 40,21; DP = 15,27).

Como se pode verificar no Quadro 6, as mulheres obtiveram uma média mais elevada do que os homens na subescala “autonomia”, apesar das diferenças não serem significativas. Já na subescala “controlo”, contrariamente ao sucedido na amostra de pessoas com esquizofrenia, as mulheres apresentam uma média mais elevada do que os homens, não obstante as diferenças de médias não serem significativas.

Quadro 6 – Caracterização e Comparação das Orientações de Causalidade nos Comparadores do Sexo Masculino e do Sexo Feminino

Género Sexual (Comparadores)						
	Masculino (N= 14)		Feminino (N= 14)		<i>t</i>	g.l.
	M	DP	M	DP		
Autonomia	90,86	10,24	95	8,47	- 1,166, n.s.	26
Controlo	47,31	9,77	48,62	9,27	-0,350, n.s.	24

n.s. – não significativo

- em função da Condição Cognitiva

No quadro 7 são apresentados os resultados da comparação das orientações de causalidade em função da (in)existência de défice cognitivo, nas pessoas com esquizofrenia. Pode-se verificar uma tendência dos resultados no sentido esperado: pessoas (com esquizofrenia) sem défice cognitivo apresentam valores médios mais elevados na “autonomia” e pessoas (com esquizofrenia) com défice apresentam valores médios mais elevados na “impessoal”, contudo as diferenças não se revelam significativas.

Quadro 7: Caracterização e comparação das Orientações de Causalidade nas Pessoas com Esquizofrenia Com e Sem Défice Cognitivo

	Condição Cognitiva (Pessoas com Esquizofrenia)		Z
	Com défice (N=9)	Sem défice (N=35)	
	M	M	
Autonomia	18,94	22,20	-,705, n.s.
Controlo	18,83	20,98	-,486, n.s.
Impessoal	25,89	20,97	-1,045, n.s.

n.s. – não significativo

3.4 Categorização dos Sujeitos com base nas orientações motivacionais

Todos os sujeitos do presente estudo (com e sem esquizofrenia) foram submetidos a um processo de categorização quanto à orientação motivacional prevalente. Para tal, três categorias possíveis foram criadas (“autónomo”, “controlado” e “impessoal”) e para um indivíduo ser categorizado numa das três, é necessário que o seu valor z (resultado padronizado), numa delas, seja superior aos valores z das outras duas.

Numa primeira fase, procedeu-se à categorização das pessoas com esquizofrenia, com base, como já referido, nos seus valores padronizados – que são índices de posição relativa, que traduzem, em termos de desvio-padrão, um afastamento da média da distribuição, que é posta em zero (Freeman, 1976). Como demonstra o Quadro 8, 20 sujeitos são considerados *autónomos*, 14 *controlados* e 13 *impessoais*.

Quadro 8 - Categorização das Pessoas com Esquizofrenia quanto à Orientação Prevalente

Condição Clínica:	Categorias			Total
	Autónomos	Controlados	Impessoais	
- Com esquizofrenia	20	13	14	47

Numa segunda fase, procedeu-se à categorização dos comparadores. Como demonstra o Quadro 9, 13 sujeitos são considerados *autónomos*, 14 *controlados* e 15 *impessoais*.

Quadro 9 - Categorização dos Comparadores quanto à Orientação Motivacional Prevalente

<i>Condição Clínica:</i>	Categorias			Total
	Autónomos	Controlados	Impessoais	
- Sem esquizofrenia	13	14	15	42

Em suma, e considerando a terminologia do quadro motivacional de Wu e colaboradores (2000), a amostra de pessoas com esquizofrenia conta com 20 sujeitos *autónomos* e 27 classificados como tendo défice motivacional; e a amostra dos comparadores conta com 13 sujeitos *autónomos* e 29 com défice motivacional.

4. Discussão dos Objectivos de Investigação

4.1 *Discussão da Precisão*

Como critério interno de validação da versão portuguesa da GCOS (para uma amostra de pessoas com esquizofrenia), investigou-se uma qualidade metrológica designada de precisão, com recurso ao coeficiente *Alpha de Cronbach*.

Esperava-se que os valores deste coeficiente fossem similares aos dos vários estudos que documentam a precisão da escala noutras amostras e o que se verificou é que eles não só foram semelhantes como, em alguns casos, foram mesmo mais elevados (por exemplo, a versão portuguesa da GCOS revelou-se internamente mais consistente do que a versão chinesa da GCOS, na avaliação de pessoas com esquizofrenia).

Com efeito, o valor do coeficiente *Alpha de Cronbach* foi superior a 0.80 nas três subescalas, superando, assim, o valor mínimo aceitável para este coeficiente que, Lowenthal (2001, *cit in* Fernandes & Almeida, 2001) é de 0.70. Deste modo, constata-se que os itens

pertencentes a cada uma das subescalas se correlacionaram fortemente, pelo que se pode dizer que as subescalas apresentam uma elevada consistência interna.

Neste sentido, pode-se concluir que a escala mede, adequadamente, três dimensões quando aplicada à amostra em causa; ou seja, é precisa na sua medição e, por conseguinte, internamente válida.

4.2 *Discussão das Correlações entre as Subescalas*

Os resultados concernentes às correlações entre as subescalas apontam para duas correlações significativas quando a GCOS é aplicada à amostra de pessoas com esquizofrenia (entre a “autonomia” e “impessoal” e entre a “autonomia” e o “controlo”) – o que era parcialmente esperado, e para a inexistência de correlações significativas na amostra dos comparadores – o que era totalmente inesperado.

Assim sendo, estes dados empíricos pesam a favor da validade de construto da GCOS para a amostra das pessoas com esquizofrenia. Aquilo que tais dados sugerem é que, quanto mais as pessoas com esquizofrenia são orientadas de forma “autónoma” (motivadas autonomamente), menos são orientadas de forma “impessoal” (desmotivadas), o que é perfeitamente plausível e esperado. No entanto, sugerem, também, que quanto mais as pessoas com esquizofrenia são orientadas de forma “autónoma”, mais são orientadas de forma “controlada”, o que não era esperado; no entanto, talvez se possa afixar uma explicação para tal. Como refere Pallant (2003), na base de uma correlação entre duas variáveis é comum estar a acção de uma terceira e, no entender de Wu (2000), esta correlação positiva pode dever-se ao facto de em ambas as orientações os sujeitos levarem a cabo as suas acções e estarem motivados (de alguma forma) para agir (ao passo que na orientação impessoal, o sujeito não se sente incitado a agir e não acredita no seu potencial). Assim, a intencionalidade/proactividade podem funcionar como variáveis moderadoras que propulsionam esta relação: quanto mais um indivíduo é motivado intrinsecamente mais é motivado extrinsecamente (e vice-versa) porque, no fundo, é impelido para agir, independentemente de o fazer por livre-arbítrio ou não. Aliás, Wu usa mesmo esta associação como indicador de validade de construto no seu estudo.

Todavia, na amostra dos comparadores, que partilha muitas similaridades com os estudos nos quais a validade da GCOS tem sido demonstrada (inclusive através das correlações entre as subescalas), não se verificam quaisquer correlações. Tal quererá significar que a escala não se revela válida para esta amostra? Ou poderão existir limitações que tenham contribuído para tal? Dado que os propósitos do presente estudo não recaíam sobre o estudo da validade para este segundo grupo (que só foi usado com propósitos de comparação), não se procederá a uma reflexão exaustiva sobre tal. Apenas se enunciará um factor, na medida em que, este não só pode ter tido impacto nos resultados dos comparadores, como também nos resultados da amostra de pessoas com esquizofrenia.

Com efeito, segundo D'Hainaut (1992, p.26), quando se avalia a importância dum coeficiente de correlação é necessário atentar nas circunstâncias experimentais. Ora, como já foi mencionado, as condições experimentais dos dois grupos diferiram no tocante ao formato de aplicação.

A forma como as pessoas com esquizofrenia preencheram o questionário (hetero-preenchimento), não obstante ter impossibilitado uma administração estandardizada (com os eventuais enviesamentos que daí podem decorrer), contribuiu para uma compreensão profunda das várias dificuldades dos utentes e, paradoxalmente, para uma aplicação mais rigorosa, na medida em que foi certificado que os utentes compreendiam não só as instruções como também o sentido dos enunciados e, ainda, se estavam a assinalar, na escala, os números que melhor correspondiam às suas reacções nas variadas situações. Recorde-se que os inquiridos, muitas vezes, verbalizaram que não agiriam como descrito na opção de resposta e, no entanto, assinalavam os números que simbolizavam “probabilidade” (dificuldade em posicionar-se de forma antagónica ao enunciado). Assim, com este formato, minimizou-se, amplamente, a possibilidade das respostas aleatórias – devidas quer a uma não compreensão das instruções, dos enunciados e da escala, quer à progressiva desmotivação ou desatenção dos utentes.

O mesmo não aconteceu na amostra dos comparadores, na qual o formato foi de auto-preenchimento e, considerando que alguns destes chegaram mesmo a comentar que era difícil responder quando implicava responder de forma contrária, pode ter acontecido que muitos tenham dado respostas totalmente contrárias ao que visavam – o que pode justificar que não haja variância partilhada entre as subescalas.

A assomar a essa dificuldade, está também o facto de os comparadores (possivelmente) não terem, consciente ou inconscientemente, prestado a mesma atenção que as pessoas com esquizofrenia e, conseqüentemente, terem respondido de forma mais aleatória.

Note-se no estudo de Wu, com doentes mentais, o formato também foi de auto-preenchimento e o autor reportou² muitas dificuldades por parte dos inquiridos. Assim, talvez também nesse estudo tenha havido aleatoriedade nas respostas e isso pode ter contribuído para que todas as subescalas se correlacionassem positivamente, o que não pesou a favor da validade de conteúdo.

Importa, ainda, referir que alguns itens podem ser interpretados de forma ambígua, o que poria em causa a validade de conceito e poderia justificar também esta ausência de correlações. Por exemplo, o item 1c): *“Fico a pensar se o novo cargo será interessante!”*, poderia ser interpretado de duas formas: *“fico a pensar se me conseguirá cativar”* (o que reflecte desmotivação) ou, pelo contrário, *“estou tão entusiasmado que fico a pensar se será interessante!”*. De facto, este item corresponde à subescala “autonomia”, pelo que se espera que os indivíduos motivados assinalem um 7 (valores mais elevados correspondem a níveis mais altos nessa orientação). Contudo, caso esses indivíduos interpretam no primeiro sentido assinalarão um 1. Ora, caso hajam mais itens como este que (que talvez devesse ser substituído por *“Fico a pensar que o novo cargo será interessante/ fico a pensar em como o novo cargo será interessante!”*), o instrumento pode não ter estar a medir aquilo a que se propôs e talvez isso possa explicar a ausência de correlações. Obviamente, que na amostra das pessoas com esquizofrenia os itens foram os mesmos, porém, houve espaço para explicar aos sujeitos o significado do item (conforme a orientação a que pertencia).

4.3 Discussão das Diferenças entre Grupos Contrastantes:

- Diferenças em função da Condição Clínica

Dados os prováveis défices motivacionais na esquizofrenia (Barch, 2005; Nakagami *et al.*, 2008; Velligan *et al.*, 2006), era esperado que as pessoas com esta patologia e os comparadores diferissem significativamente quanto às orientações de causalidade, com os

² Comunicação pessoal, 31 de Maio de 2009

primeiros a obterem médias mais elevadas no “impessoal” e “controlo” e os segundos na “autonomia”. Com efeito, preconizava-se que os comparadores se revelassem mais orientados de forma autónoma (mais motivados intrinsecamente ou através de formas mais autónomas de motivação extrínseca) e que as pessoas com esquizofrenia se revelassem mais desmotivadas e se regessem mais com base em motivações de cariz extrínseco do que os comparadores. Foi exactamente nesta direcção que os resultados apontaram, o que corrobora a validade de construto da escala.

Para além dos défices motivacionais, existiam, ainda, outros argumentos a favor destes resultados: o facto de a literatura apontar para a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa em pessoas com esquizofrenia (Barch *et al.*, 2008; Chemerinski, Bowie, Anderson & Harvey, 2008; Górna, Jaracz, Wrzyszczyńska & Rybakowski, 2007; Sands & Harrow, 1999); o facto de estas pessoas manifestarem “incapacidade em iniciar e persistir em actividades com objectivo” (APA, 2002); e o facto de haver uma maior insatisfação de necessidades psicológicas básicas nestas pessoas, devido ao estigma e disfuncionalidade multidimensional gerados pela doença.

Em relação ao primeiro, é de salientar que não se conhecem dados relativos à (in)existência de depressão nos inquiridos, contudo os técnicos apontaram para a presença marcada de sintomas negativos e os inquiridos manifestaram verbalizações de teor auto-depreciativo no decurso da aplicação, assim como choro fácil. Por isso há razões para crer que haja alguma sintomatologia depressiva em alguns doentes, o que pode ajudar a explicar estas diferenças intergrupais.

No que toca ao segundo, é de ressaltar que tal característica também foi observada em alguns utentes, que só a muito custo e com recurso a reforços positivos, concluíram o questionário. Aliás, muitos relataram que não tinham capacidade para fazer uma série de actividades (incluindo o questionário) e alguns chegaram mesmo a desistir. Ora, a incapacidade para iniciar e persistir em actividades com objectivo é também uma característica da orientação impessoal (Deci & Ryan, 1985), pelo que pode, de facto, ajudar a compreender as diferenças encontradas.

Em relação ao último, também é possível que se verifique. Com efeito, a maioria dos inquiridos confidenciou que não se sentia capaz, que não tinha controlo sobre a sua vida nem muita possibilidade de escolha devido à sua patologia. Tendo em conta que estas são

precisamente fontes de “desmotivação”, já que constroem a satisfação das necessidades básicas (Deci e Ryan, 2000), tal também pode ter contribuído para as diferenças intergrupais.

Face a esta sensibilidade da GCOS para discriminar os dois grupos em função do que era previsto pela literatura, parece que ela detém, de facto, validade de construto.

- Diferenças em função do Género Sexual, em ambos os grupos

A literatura apontava para uma diferença nas orientações de causalidade com as mulheres a obterem níveis mais elevados na “autonomia” e os homens no “controlo” (Deci & Ryan, 1985; Martinsen, 1993, *cit in* Wong, 2000; Soenens *et al.*, 2005, Vallerand *et al.*, 1987), em virtude de expectativas face ao papel do género e do desenvolvimento de competências resultantes da ocupação de determinados papéis sociais (como o de “cuidador”) (Eagly & Wood, 1987, *cit in* Wong, 2000).

Deste modo, investigou-se as diferenças de género em ambas as amostras e os resultados, ainda que não significativos, vão nesse sentido (excepto o das mulheres comparadoras que têm níveis mais elevados do que os homens na subescala “controlo”). A interpretação destas análises deve ser especialmente cautelosa, na medida em que o número de sujeitos em cada condição é demasiado diminuto. Possivelmente num grupo consideravelmente maior as diferenças revelar-se-iam significativas. Apesar de não o terem sido, verifica-se uma tendência no sentido esperado, o que pode pesar a favor da validade de construto da versão portuguesa da GCOS.

- Diferenças em função da Condição Cognitiva

A literatura apontava para a existência de diferenças significativas nas orientações de causalidade em função da condição cognitiva no grupo das pessoas com esquizofrenia, devido ao facto dos défices cognitivos comportarem défices motivacionais (Barch, 2005; Juckel *et al.*, 2006, *cit in* Barch *et al.*, 2008; Keefe & Gold, no prelo, *cit in* Keefe & Hawkins, 2005) e do inverso também se verificar (Barch, 2005; Heydebrand *et al.*, 2004, *cit in* Wykes & Reeder, 2005; Kern *et al.*, 2003, *cit in* Silverstein & Wilkniss, 2004; Kern *et al.*, 1995, *cit in* Wykes & Reeder, 2005; Medalia *et al.*, 2001, 2002).

Apesar de não serem significativas, há uma tendência no sentido esperado: os sujeitos (com esquizofrenia) sem défice apresentam níveis médios mais elevados de autonomia, o que sugere que são mais motivados de forma autónoma do que os com défice, que se assumem como mais desmotivados (valores mais elevados na subescala impessoal). Os sujeitos sem défice também se apresentam como mais motivados de forma controlada, o que não era esperado; contudo, é preferível serem motivados de forma controlada (com base mais em factores extrínsecos) a serem desmotivados. No entanto, tratam-se apenas de tendências, pelo que não se pode assumir estas diferenças como verdadeiras.

Ainda assim, esta tendência pesa a favor da validade de construto. Além disso, há que salvaguardar que ela pode não se ter assumido significativa precisamente pelo reduzido número de elementos (sobretudo na condição com défice, em que se enquadram 9 sujeitos) e pela distribuição não equitativa dos sujeitos pelas condições, o que requereu mesmo a aplicação de um teste não paramétrico.

Além disso, a medida de avaliação cognitiva não parece ser sensível na discriminação de défices cognitivos mais moderados, já que a observação no terreno bem como os dados fornecidos pelos técnicos apontavam, indiscutivelmente, para a existência de défices cognitivos. A este propósito, refira-se que Palha, Branco, Costa, Guimarães, Magalhães e Marques-Teixeira (2006) investigaram a eficácia deste instrumento enquanto teste rápido de despiste do défice cognitivo ligeiro em pessoas com esquizofrenia e concluíram que este revela limitações, devendo ser usado em conjugação com outras medidas mais específicas. Neste sentido, o uso desta medida parece não ter procedido a uma categorização correcta dos sujeitos, pelo que provavelmente só os mais comprometidos a nível cognitivo foram considerados no grupo com défice, pelo que não se pode descartar a validade de construto da escala (até porque há uma tendência no sentido esperado).

4.4 *Discussão da Categorização dos Sujeitos*

Pelos mesmos motivos que justificam as diferenças previstas em função da condição clínica, esperava-se os indivíduos comparadores fossem categorizados, na sua maioria, como “autónomos” e que (uma grande parte dos) indivíduos com esquizofrenia sejam categorizados como “controlados” e “impessoais”. O que se constata é que na amostra de

peessoas com esquizofrenia existem 20 sujeitos *autónomos* e 27 classificados como tendo défice motivacional; que na amostra dos comparadores existem 13 *autónomos* e 29 com défice motivacional.

Neste ponto, é fulcral considerar que o método de categorização dos sujeitos é feito com base nos seus valores z (é-lhe atribuída a orientação na qual o valor z seja mais elevado). O cálculo deste valor implica que se encontre a diferença entre o resultado bruto do indivíduo e a média do grupo normativo e que, posteriormente, se divida essa diferença pelo desvio-padrão do grupo normativo (Anastasi, 1977). Deste modo, os indivíduos são categorizados com base no desempenho médio do seu grupo.

Nesta ordem de ideias, um indivíduo *autónomo* com esquizofrenia não será tão motivado como um indivíduo *autónomo* comparador (este, para ser considerado autónomo, necessita de um valor z_A muito mais elevado do que o primeiro dado os valores médios do seu grupo serem bastante mais elevados). A este propósito, basta referir que os *autónomos* comparadores têm valores médios padronizados muito mais elevados na subescala “autonomia” ($M = 0,84$) do que os *autónomos* com esquizofrenia ($M = 0,68$).

Do mesmo modo, um sujeito *impessoal* comparador não será tão desmotivado quanto um sujeito *impessoal* com esquizofrenia (este, para ser considerado impessoal necessita de um valor z_I muito mais elevado dado os valores médios do seu grupo serem bastante mais elevados). Com efeito, os *impessoais* com esquizofrenia têm valores médios padronizados muito mais elevados na subescala “impessoal” ($M = 0,96$) do que os *impessoais* comparadores ($M = 0,74$).

Ainda na mesma lógica, os *controlados* com esquizofrenia apresentam valores médios padronizados muito mais elevados na subescala “controlo” ($M = 0,98$) do que os *controlados* comparadores ($M = 0,72$), pelo que se pode assumir que os primeiros se regerão mais marcadamente através de formas de regulação comportamental mais extrínsecas e menos auto-determinadas.

Outro factor de suma importância para interpretar os resultados oriundos da categorização, nomeadamente o facto da amostra das pessoas com esquizofrenia contar com 13 *autónomos*, é o facto desta ser, segundo os técnicos, constituída pelos indivíduos mais motivados e capacitados das instituições. Segundo os técnicos, esses indivíduos são os que

estão mais entrosados na reabilitação e os que melhor podem usufruir dos benefícios terapêuticos por conseguirem e quererem desempenhar algumas actividades – o que pode explicar a sua motivação autónoma. É de ressaltar que estes se voluntariaram para responder ao questionário, pelo que, *a priori*, já são minimamente motivados (nem que seja por factores de cariz extrínseco). Além disso, e paradoxalmente à visão negativa que anda comumente associada à institucionalização, o facto de não lidarem directamente com o estigma (por estarem em regime residencial nas instituições), aliado ao facto de parecer existir uma boa convivência entre eles e os técnicos, parece assegurar a satisfação das suas necessidades básicas e o concomitante desenvolvimento da motivação.

Por fim, refira-se que as pessoas marcadamente desmotivadas (que teceram verbalizações como: *“Eu não sou capaz de nada, Eu não sirvo para nada”* ou *“Isto é muito longo, não tenho capacidade para responder, quero-me ir embora que isto é muito cansativo”*) desistiram no decurso da aplicação. Estas eram (provavelmente) reais candidatos à categorização “impessoal” ou “controlo”.

Uma vez fundamentados os resultados que poderiam parecer, à primeira vista, confusos e inesperados, conclui-se, novamente, a favor da validade de construto da GCOS.

III Conclusões

O presente estudo teve como objectivo investigar a validade de um instrumento destinado a avaliar orientações motivacionais – a GCOS, para uma amostra portuguesa de pessoas com esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial, uma vez que a literatura aponta para a importância de se avaliar tal construto numa doença como a esquizofrenia, assim como a escassez de instrumentos para o efeito.

Os resultados apontam para a precisão da escala quando aplicada à referida amostra, assim como para a validade de construto da mesma, já que se verificaram correlações significativas entre as suas subescalas e diferenças entre grupos (constituídos de acordo com vários critérios relevantes), como previsto pela literatura. Ainda que nem todos os resultados vão de encontro ao esperado (pelo menos de forma significativa), num cômputo geral, parecem corroborar a validade da escala, até porque “a validação é um trabalho que não poderá afastar todas as dúvidas que se poderiam levantar em relação às interpretações propostas” (Moreira, 2004, p. 359).

Como tal, a versão portuguesa da GCOS parece ser um instrumento com potencial para avaliar os indivíduos, oferecendo um método de categorização que poderá ter uso clínico. Através desta avaliação, poder-se-ão traçar intervenções facilitadoras da motivação intrínseca e que maximizem, então, as probabilidades dos indivíduos com esquizofrenia alcançarem a auto-determinação que os programas de reabilitação psicossocial tanto visam.

Não obstante o optimismo que os resultados suscitam, é preciso não menosprezar algumas limitações que devem ser tidas em conta na análise e generalização dos resultados aqui apresentados.

Em primeiro lugar, há que referir o reduzido número de participantes tanto num grupo como noutro, pois alguns dos pressupostos podem não se ter verificado, justamente, pelo facto de algumas condições experimentais contarem com um número muito reduzido de sujeitos. É também de considerar a inexistência de uma amostragem probabilística que possa salvaguardar a representatividade da amostra e, por conseguinte, a generalização dos resultados obtidos.

Em segundo, saliente-se que a medida de avaliação cognitiva utilizada revelou condicionantes que provavelmente violaram alguns dos resultados que se esperavam.

Em terceiro, há que considerar o facto de o instrumento estar, segundo os inquiridos, demasiado complexo, extenso, abstracto, com situações que não se parecem coadunar à nossa realidade cultural e especialmente à das pessoas com esquizofrenia (maioritariamente institucionalizadas). O estudo piloto, que contemplou poucos sujeitos e metade dos quais em regime de ambulatório, deveria ter sido, pois, mais amplo.

Por fim, salienta-se o potencial viés oriundo dos diferentes formatos de aplicação do questionário nos dois grupos, ainda que tal tenha sido a única opção viável face às inquestionáveis dificuldades cognitivas das pessoas com esquizofrenia. O formato de hetero-preenchimento culminou numa potencial falta de standardização e levantou mesmo a seguinte questão: *“Em que medida a (in)capacidade cognitiva das pessoas com esquizofrenia limita a aplicação da GCOS?”* Parece, pois, plausível antever dificuldades não só ao nível da extrapolação dos resultados patenteados neste estudo, como também em futuras aplicações. Todavia, importa lembrar que as pessoas com esquizofrenia de “hoje” não serão as mesmas “de amanhã” e devido às novas gerações de neurolépticos, à melhoria dos serviços de reabilitação, à evolução da compreensão da esquizofrenia, à intervenção mais precoce na doença, à escolaridade obrigatória, entre outros avanços, (possivelmente) o formato de hetero-preenchimento será substituído pelo de auto-preenchimento e a questão das limitações cognitivas deixará de constituir um problema, o que só vem justificar o uso (e melhorias) desta escala.

Assim, no futuro, seria importante que a investigação procurasse preencher as lacunas referidas, até porque como refere Moreira (2004, p. 359), “a validação é um trabalho permanentemente incompleto”.

Neste sentido, seria importante utilizar amostras representativas (em ordem a possibilitar o posterior estabelecimento de normas para uso clínico); recorrer a uma medida de avaliação cognitiva mais fina e sensível, como a *ACECF* (Bateria de Avaliação Cognitiva Estandarizada Conde de Ferreira, Marques-Teixeira 2005), para verificar o pressuposto da cognição-motivação (enquanto indicador de validade de construto); e adaptar ainda mais a GCOS às peculiaridades da amostra a que se dirige (continuar a usar o formato de hetero-preenchimento mas tentar a máxima standardização possível, fornecer exemplos concretos, simplificar os enunciados e a escala de resposta, reduzindo-a, entre outras adaptações).

Mais, seria igualmente importante, averiguar a estabilidade temporal dos resultados, até porque a escala foi concebida para avaliar traços relativamente estáveis da personalidade (Deci & Ryan, 1985).

Uma outra recomendação passa por levar a cabo uma análise factorial, que não foi possível concretizar no presente estudo devido ao facto da amostra de pessoas com esquizofrenia ser muito pequena. Com efeito, seria de fulcral importância testar a hipótese relativa à estrutura das variáveis latentes (Pallant, 2003).

Afigurar-se-ia, igualmente, pertinente estudar os efeitos de outras variáveis como medicação, tipo de regime (ambulatório vs. Residencial) e sintomas negativos (que deveriam ser medidos com um instrumento válido para o efeito, ao contrário do que sucedeu neste estudo) na variação das orientações de causalidade, como suporte à validade de construto. Esta, também deveria ser corroborada através da correlação da GCOS com outras medidas como fez Deci e Ryan (1985).

Referências Bibliográficas

- Afonso, P., Avelino, M., Homem, T. & Gomes, A. (2007). Avaliação da Intervenção Terapêutica em Área de Dia em Doentes com Esquizofrenia e Perturbação Esquizoaffectiva. *Saúde Mental*, 9 (3), 10-16.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais*. Lisboa: CLIMEPSI Editora.
- Anastasi, A. (1977). *Testes Psicológicos*. São Paulo: E.P.U.
- Baker, F., Stokes-Thompson, J., Davis, O. & Hishinuma (1999). Two Year Outcomes of Psychosocial Rehabilitation of Black Patients with Chronic Mental Illness. *Psychiatric Services*, 50, 535-539.
- Barch, D., (2005). The Relationships Among Cognition, Motivation, and Emotion in Schizophrenia: How Much and How Little We Know. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 875-881.
- Barch, D., Yodkovik, W., Sypher-Locke, H. & Hanewinkel, M. (2008). Intrinsic Motivation in Schizophrenia: Relationships to Cognitive Function, Depression, Anxiety and Personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 117 (4), 776-787.
- Barros, J. O. (2005). *Psicologia da Educação- 1ª Volume Aprendizagem-Aluno*. Porto: LivPsic.
- Barton, R. (1999). Psychosocial Rehabilitation Services in Community Support Systems: a Review of Outcomes and Policy Recommendations. *Psychiatric Services*, 50 (4), 525-534.
- Brekke, J. & Long, J (2000). Community-Based Psychosocial Rehabilitation and Prospective Change in Functional, Clinical and Subjective Experience Variables in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (3), 667-680.
- Chemerinski, M., Bowie, C., Anderson, H. & Harvey, P. (2008). Depression in Schizophrenia: Methodological Artifact or Distinct Feature of the Illness? *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 20 (4), 431-440.
- Cohen, L. & Holliday, M. (1982). *Statistic for Social Scientists*. London: Harper & Row.
- Curlee, M., Connery, J. & Soltys, S. (2001). Towards Local Care: a Statewide model for Deinstitutionalization and Psychosocial Rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 4 (2), 357-373.
- Deci, E. & Ryan, R. (1985). The General Causality Orientations Scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19, 109-134.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1990). A Motivational Approach to Self: Integration in Personality. In R. A. Dienstbier (Ed). *Perspectives on Motivation* (237-288). *Nebraska Symposium on Motivation*.
- Deci, E. & Ryan, R. M., (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78

- Deci, E. & Ryan, R. (2004). An Overview of Self-Determination Theory: An Organismic-Dialectical Perspective. In *Handbook of Self-Determination Research* (3-36). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Deci, E. & Ryan, R. (2008a). Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life's Domains. *Canadian Psychology*, 49 (1), 14–23.
- Deci, E. & Ryan, R. (2008b). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development and Health. *Canadian Psychology*, 49 (3), 182–185.
- Fernandes, E. & Almeida, L. (2001). *Métodos e Técnicas de Avaliação: Contributos para Prática e Investigação Psicológicas*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho
- Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Freeman, S. (1976). *Teoria e Prática dos Testes Psicológicos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Gagné, M. (2003). The Role of Autonomy Support and Autonomy Orientation in Prosocial Behavior Engagement. *Motivation and Emotion*, 27 (3), 199-223.
- Gil, A. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas.
- Górna, K., Jaracz, K., Wrzyszczyńska, L. & Rybakowski, F. (2007). Quality of Life and Depression in Schizophrenic Patients. *Advances in Medical Sciences*, 52, 108-111.
- Green, M., Penn, D., Bentall, R., Carpenter, W., Gaebel, W., Gur, R., Kring, A., Park, S., Silverstein, S. & Heinssen, R. (2008). Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment and Research Opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 1-10.
- Greene, J. & Oliveira, M. (1991). *Testes Estatísticos em Psicologia*. Lisboa: Estampa.
- Hainaut, L (1992). *Conceitos e Métodos da Estatística*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Hirdes, A. & Kantorski, L. (2004). Reabilitação Psicossocial: Objectivos, Princípios e Valores. *Revista Enfermagem UERI*, 12, 217-221.
- Hodgins, H., Koestner, R. & Duncan, N. (1996a). On the Compatibility of Autonomy and Relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 227-237.
- Hodgins, H., Liebeskind, E. & Schwartz, W. (1996b). Getting out of Hot Water: Facework in Social Predicaments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (2), 300-314.
- Hodgins, H. & Liebeskind, E. (2003). Apology versus defense: Antecedents and consequences. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39, 297–316.
- Keefe, R. & Hawkins, K. (2005). Assessing and Treating Cognitive Deficits. *Psychiatric Times*, 23(3), 1-4.
- Koestner, R., Bernieri, F. & Zuckerman, M. (1992). Self-Regulation and Consistency between Attitudes, Traits and Behaviors. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 52-59.

- Koestner, R. & Zuckermann, M. (1994). Causality Orientations, Failure and Achievement. *Journal of Personality*, 62, 321-346.
- Machado, M., Pastor-Fernandes, R. & Marques-Teixeira, J. (2005). Funcionamento Psicossocial e Cognição na Esquizofrenia: Estudo com Doentes Institucionalizados de Longa Duração. *Saúde Mental*, 7, 17-20.
- Marques, A., Queirós, C. & Rocha, N. (2006). Auto-Determinação e Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Esquizofrenia. *Saúde Mental*, 8 (3), 11-19.
- Marques-Teixeira, J. (2003). *Défice Cognitivo na Esquizofrenia: dos Consensos às Incertezas*. Linda-a-velha: Vale & Vale Editores.
- Marques-Teixeira, J. (2005). *Manual de Avaliação da Disfunção Cognitiva na Esquizofrenia*. Linda-a-velha: Vale & Vale Editores.
- Marques-Teixeira, J. (2007). NeuroCognição, Cognição Social e Funcionamento Social na Esquizofrenia. *Saúde Mental*, 9 (6), 7-10.
- Medalia, A., Revheim, N. & Casey, M. (2001). The Remediation of Problem-Solving Skills in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 259-267.
- Medalia, A., Revheim, N. & Casey, M. (2002). Remediation of Problem-Solving Skills in Schizophrenia: Evidence of a Persistent Effect. *Schizophrenia Research*, 57, 165-171.
- Moreira, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Palha, F., Branco, V., Costa, N., Guimarães, A., Magalhães, C. e Marques-Teixeira, J. (2006). Estudo sobre a eficácia do Mini Mental State Examination Test (MMSE) no despiste do défice cognitivo ligeiro numa amostra portuguesa de doentes institucionalizados com esquizofrenia. *Saúde Mental*, 8 (4), 12-22.
- Palha, F., Rebelo, C., Castro-Henriques, M. & Marques-Teixeira, J. (2006). Reabilitação dos Défices Cognitivos na Esquizofrenia. A propósito da Primeira Aplicação da Versão Portuguesa da “Cognitive Remediation Therapy”. *Psiquiatria Clínica*, 27, 253-264.
- Pallant, J. (2003). *SPSS Survival Manual*. Philadelphia: Open University Press.
- Pinho, A., Almeida, P., Palma, V., Moniz, R. & Silva, M. (2006). Identificação dos Factores Predisponentes ao Declínio Funcional da População Idosa. *EssFisioOnline*, 2 (4), 24-37.
- Nakagami, E., Xie, B., Hoe, M. & Brekke, J. (2008). Intrinsic Motivation, Neurocognition and Psychosocial Functioning in Schizophrenia: Testing mediator and moderator Effects. *Schizophrenia Research*, 105, 95–104.
- Ryan, R. (1989). *The Revised 17-item General Causality Orientations Scale*. Unpublished Manuscript, Department of Psychology, University of Rochester, New York.
- Ryan, R. (1992). Agency and Organization: Intrinsic Motivation, Autonomy and the Self in Psychological Development. In J. Jacobs (Ed), *Development Perspectives on Motivation* (1-56). Nebraska Symposium on Motivation.

- Sands, J. & Harrow, M. (1999). Depression During the Longitudinal Course of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (1), 157-171.
- Silverstein, S. & Wilkniss, S. (2004). At Issue: The Future of Cognitive Rehabilitation of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 679-692.
- Soenens, B., Berzonsky, M., Vansteenkiste, M., Beyers, W. & Goossens, L. (2005). Identity Styles and Causality Orientations: In Search of the Motivational Underpinnings of the Identity Exploration Process. *European Journal of Personality*, 19, 427-442.
- Vallerand, R., Lacouture, Y., Blais, M. & Deci, E. (1987). L'Échelle des Orientations Générales à la Causalité: Validation canadienne française du General Causality Orientations Scale. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 19, 1-15.
- van Busschbach, J. & Wiersma, D. (2002). Does Rehabilitation meet the Needs of Care and improve the Quality of Life of Patients with Schizophrenia or other Chronic Mental Disorders? *Community Mental Health Journal*, 30 (1).
- Vauth, R., Rüsche, N., Wirtz, M. & Corrigan, P. (2004). Does Social Cognition influence the Relation between Neurocognitive Deficits and Vocational Functioning in Schizophrenia? *Psychiatry Research*, 128 (2), 155-162.
- Velligan, D., Kern, R & Gold, J. (2006). Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia and the Putative Role of Motivation and Expectancies. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 474-485.
- Weinstein, N. & Hodgins, H. (2009). The Moderating Role of Autonomy and Control on the Benefits of Written Emotion Expression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35 (3), 351-364.
- Wong, M. (2000). The Relations among Causality Orientations, Academic Experience, Academic Performance and Academic Commitment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28 (3), 315-326.
- Wu, C., Chen, S.-P., & Grossman, J. (2000). Facilitating Intrinsic Motivation in Clients with Mental Illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 16 (1), 1-14.
- Wu, C., & Hwang, M-T. (2000). Evaluating Motivational Deficits in Individuals with Mental Illness: The Chinese General Causality Orientations Scale. *Occupational Therapy International*, 7, 57-77.
- Wu, C. (2001). Facilitating Intrinsic Motivation in Individuals with Psychiatric Illness: a Study on the Effectiveness of an Occupational Therapy Intervention. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 21(3), 142-167.
- Wykes, T. & Reeder, C. (2005). *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory and Practice*. London: Routledge.

Anexos

Anexo A

Versão Portuguesa da General Causality Orientations Scale

Escala de Orientações Gerais de Causalidade (EOGC)

Instruções:

As afirmações que se seguem referem-se a uma série de situações possíveis. Cada situação descreve um acontecimento e apresenta três respostas possíveis. Por favor leia cada uma dessas situações, imagine-se a si próprio na situação e depois considere cada uma das respostas possíveis.

Se fosse muito provável responder à situação como descrito em cada opção de resposta (a, b e c), ponha um círculo à volta do 7; se fosse muito improvável responder à situação como descrito ponha um círculo à volta do 1; e se fosse moderadamente provável ponha um círculo à volta do 4, ou ainda no 5, 6 (no caso de tender mais para o “muito provável”) e no 3, 2 (no caso de tender mais para o “muito improvável”).

1. Ofereceram-lhe um novo cargo na empresa onde já trabalha há algum tempo. A primeira coisa que lhe viria à cabeça provavelmente seria:

a) “Não sei se serei capaz de lidar com a nova responsabilidade”

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) “Serei eu capaz de me esforçar mais neste cargo?”

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) “Fico a pensar se o novo cargo será interessante!”

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

2. Foi a uma entrevista de trabalho há umas semanas atrás. Durante esta semana recebeu uma carta onde diz que a vaga já foi preenchida por outra pessoa. O mais provável é pensar:

a) " Não me chamaram porque não tinha uma cunha."

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) "Não sou suficientemente bom/boa para o trabalho."

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) **"Por alguma razão acharam que as minhas qualificações não preenchiam os requisitos."**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

3. É supervisor de uma fábrica e foi incumbido de planear as pausas de trabalhadores que não podem interromper o trabalho ao mesmo tempo. Provavelmente lidaria com esta situação da seguinte forma:

a) **Expondo a situação aos trabalhadores e contando com a colaboração deles para planificar essas pausas.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) **Impondo simplesmente os horários de cada um para evitar problemas**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) **Perguntando a um superior o que fazer ou fazendo o que já foi feito noutras alturas.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

4. Acabou de receber o resultado de um teste e a nota revela um fraco desempenho da sua parte. A sua reacção inicial provavelmente será:

a) **"Não consigo fazer nada em condições!" e ficaria triste.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) **"Interrogo-me como foi possível ter um desempenho tão fraco!" e ficaria desapontado(a).**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) **"Este teste estúpido não mostra o que eu sei" e ficaria zangado(a).**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

5. Quando você e o seu/sua amigo(a) estão a fazer planos para uma saída no Sábado à noite, o mais provável será:

- a) **Deixar isso a cargo do seu amigo(a); ele(a) provavelmente não querará fazer o que você sugere.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

- b) **Ambos darão sugestões e decidirão em conjunto o que gostariam de fazer.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

- c) **Convencer o/a seu/sua amigo(a) a fazer o que você quer.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

6. Foi convidado para uma grande festa onde conhece poucas pessoas. Ao pensar no que acontecerá na festa:

- a) **Espera adaptar-se ao que acontecer de modo a divertir-se e a não fazer má figura.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

- b) **Espera encontrar alguém com quem se possa relacionar.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

- c) **Provavelmente vai sentir-se um pouco isolado(a) e passar despercebido(a).**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

7. Pediram-lhe para planear um piquenique para si e para os seus colegas de trabalho. A sua forma de realizar tal projecto poderia ser caracterizada por:

- a) **Assumir o comando: ou seja, tomar a maior parte das decisões sozinho(a).**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) Fazer o que já foi feito: não está à altura da tarefa, por isso fá-la-ia da mesma forma que outros a fizeram anteriormente.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) Procurar colaboração: pedir opiniões de outros antes de fazer os planos finais.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

8. Recentemente abriu uma vaga para um lugar superior no seu local de trabalho, o que poderia significar uma promoção. Contudo, esse lugar não lhe foi atribuído a si, mas sim a uma pessoa que trabalha consigo. Ao avaliar a situação provavelmente pensará:

a) Que, de facto, não estava realmente à espera do lugar; você é frequentemente ultrapassado(a).

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) Provavelmente a outra pessoa “mexeu-se” para ter o lugar.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) Reflectirá sobre o seu desempenho e analisará as razões que levaram a que não fosse escolhido.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

9. Está a enveredar por uma nova carreira. A consideração mais importante a fazer provavelmente será:

a) Se terá capacidade para desempenhar o trabalho.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) O quão interessado(a) está nesse tipo de trabalho.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) **Se terá possibilidades de progredir na carreira.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

10. Uma mulher que trabalha para si tem feito normalmente um bom trabalho. Contudo, nas duas últimas semanas o seu trabalho não tem sido tão bom e ela parece estar menos interessada. A sua reacção provavelmente será:

a) **Dizer-lhe que o seu trabalho está abaixo do que é esperado e que ela tem de trabalhar mais.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) **Perguntar se ela tem algum problema e mostrar-lhe que está disponível para ajudá-la a resolvê-lo.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) **É difícil saber o que fazer para que ela volte a ser aquela trabalhadora dedicada e empenhada que era.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

11. A sua empresa promoveu-o para um cargo numa cidade longe do local onde vive. Ao pensar na mudança provavelmente:

a) **Sentir-se-á interessado(a) no novo desafio e, ao mesmo tempo, um pouco nervoso.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) **Sentir-se-á animado(a) com a promoção e o salário que irá receber.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) **Sentir-se-á preocupado(a) e ansioso(a) em relação às mudanças que o esperam.**

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

12. Dentro do seu círculo de amigos, aquele que escolhe para passar a maior parte do tempo é:

a) Aquele com quem passa mais tempo a trocar ideias e sentimentos

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) Aquele que é o mais popular de todos eles.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) Aquele que precisa mais de você como amigo.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

13. Tem uma filha em idade escolar e na reunião de pais o professor informa-o de que ela está a ter um fraco rendimento escolar e que parece não estar muito interessada nas tarefas escolares. Provavelmente:

a) Falará com a sua filha no sentido de perceber melhor o que está a acontecer.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) Repreendê-la e esperar que ela melhore.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) Certificar-se que ela faz os trabalhos de casa, porque acha que ela deve esforçar-se mais.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

14. O seu/sua amigo(a) tem um hábito que o aborrece ao ponto de ficar irritado. Provavelmente:

a) Dir-lhe-ia que isso o aborrece de cada vez que ele(a) o faça; deste modo, talvez ele(a) deixe de o fazer

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) Tentava ignorar esse hábito porque falar disso não vai adiantar nada.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) Tentava compreender porque é que o seu/sua amigo(a) faz isso e porque é que isso o incomoda tanto.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

15. Um(a) amigo(a) íntimo(a) (do mesmo sexo) tem andado ultimamente mal-humorado(a) e, algumas vezes, ficou muito chateado(a) consigo sem motivo. Provavelmente:

a) Dir-lhe-ia o que pensa e tentaria descobrir o que se passa com ele(a).

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) Ignorava o facto porque de qualquer forma há muito pouco que possa fazer.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) Dir-lhe-ia que está disposto a estar com ele(a) desde que ele(a) se tente controlar mais.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

16. A irmã mais nova do seu/sua amigo(a) é caloiira. O seu/sua amigo(a) conta-lhe que os resultados dela são fracos e pede-lhe ajuda. Você aconselha-o(a):

a) A falar com ela para tentar perceber o que se passa com ela.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) Não falar disso porque ele(a) não pode fazer nada em relação a isso

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) Dizer-lhe que é importante para ela ter bons resultados e que ela deve esforçar-se mais.

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

17. Você sente que o/a seu/sua amigo(a) o tem desconsiderado. Você provavelmente:

a) Vai tentar encontrar oportunidade para lhe explicar que tal desconsideração o perturba; ele(a) pode não ter-se apercebido do quanto isso o incomoda

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

b) Não vai dizer nada; se o/a seu/sua amigo(a) realmente se preocupar consigo compreenderá como você se sente

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável

c) Vai exigir que o seu amigo tenha mais consideração por si; caso contrário, responderá da mesma forma

1	2	3	4	5	6	7
Muito improvável			Provável			Muito provável